

ANNÉE 1904

THESE

No

POUR

Présentée et soutenue le jeudi 24 mars 1904, à 1 heure

devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris

PAR

J. PRIVAT DE FORTUNIÉ

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

(Médaille de bronze de l'Assistance publique)

INTERNE DES ASILES DE LA SEINE

ÉTUDE

SUR LES

DÉLIRES POST-PARTUM

ENVISAGÉS SPÉCIALEMENT

AU POINT DE VUE DE LA PATHOGÉNIE

Président: M. JOFFROY, professeur.

Juges..... } MM. BROUARDEL, *professeur.*
 } THOINOT } *agrégés.*
 } DUPRÉ }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

	Doyen.	M. DEBOVE.
	Professeurs	MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET.
Thérapeutique.		GILBERT.
Hygiène		N.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
Clinique médicale.		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchement		BUDIN.
Clinique gynécologique.		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM. ACHARD	MM. FAURE	MM. LEGUEU	MM. TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (And.)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNÉO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL, Chef	
DUPR	LEGRY	des travaux anat.	

Secrétaire de la Faculté : M. GRIEZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

M. le P^r JOFFROY

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

ET DANS LES ASILES

A

MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE : ALFRED PRIVAT DE FORTUNIÉ

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Le temps n'est plus où la psychiatrie pouvait être considérée comme une science fermée, sans rapports avec les autres parties de la médecine.

Depuis déjà un certain nombre d'années on a vu l'étude des maladies mentales s'éclairer des progrès de la neuropathologie.

Chaque jour davantage, l'expérience démontre que l'on ne saurait faire abstraction des phénomènes de la pensée, les isoler de leur organe, ni séparer ce dernier du reste de l'organisme. Si certains troubles psychiques nous échappent dans leur essence intime, il est souvent possible de reconnaître leurs connexions avec diverses perturbations organiques. En maintes circonstances nous voyons, en un mot, le cerveau souffrir de la souffrance des autres organes.

Partant, de plus en plus l'aliéné est appelé à profiter des progrès de la médecine et de la chirurgie. Le terme d'aliéné, lui-même, devient chaque jour moins exact et tend à être remplacé par l'expression plus générale de malade. A l'heure actuelle, où la plupart des esprits sont occupés des relations des délires avec les affections organiques, la chirurgie doit à son tour apporter son tribut à cette étude.

A notre maître, le D^r Picqué, revient le mérite d'avoir jeté les premières bases de la chirurgie des aliénés. Après s'être attaché à donner une saine interprétation des délires post-opératoires, M. le D^r Picqué s'est occupé de préciser les indications opératoires chez les aliénés. Depuis 1898, en collaboration avec le D^r Febvre, M. Picqué organisa systématiquement à l'asile de Ville-Évrard l'examen gynécologique des femmes aliénées. Il put ainsi constater la présence fréquente de lésions de l'appareil génital chez les femmes atteintes de folie puerpérale. Rapprochant ces malades, dont les lésions étaient latentes, des cas de septicémie délirante observés dans les hôpitaux, notre maître dégagea de ces faits des notions générales sur le rôle de l'infection. Nous lui devons aujourd'hui l'idée et les données essentielles de ce travail, basé avant tout sur sa propre observation. Nous regrettons de n'avoir pu recueillir, pour la deuxième partie de cette thèse, tous les matériaux désirables. Certes, les cas de folie puerpérale ne sont pas rares dans les asiles, mais peu nombreux sont les cas où un examen gynécologique a été pratiqué. Nous nous estimerons néanmoins satisfait si nous avons réussi à démontrer la nécessité de pratiquer cet examen pour élucider la pathogénie de la folie puerpérale.

Depuis l'époque déjà lointaine où nous fûmes son externe, M. le D^r Picqué n'a cessé de nous donner des marques d'intérêt. C'est pour nous le plus impérieux des devoirs de lui témoigner aujourd'hui toute notre reconnaissance en l'assurant de notre profond attachement.

Nous prions nos autres maîtres dans les hôpitaux, les professeurs agrégés : Duguet, Delens, Richelot, Walther et Lepage; MM. Barth, Bourcy, Morestin et Morax,

médecins, chirurgien et ophtalmologiste des hôpitaux, d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

M. le D^r Dupain a été notre premier maître dans les asiles; nous lui adressons ici tous nos remerciements pour sa grande bienveillance à notre égard.

Que notre maître actuel, M. le D^r Pactet, soit assuré de notre sincère attachement; nous apprécions tous les jours le caractère à la fois personnel et essentiellement clinique de son enseignement.

M. le D^r Magnan a bien voulu nous autoriser à recueillir dans son service les observations qui nous intéressaient; qu'il nous permette de lui témoigner ici notre respectueuse reconnaissance.

Nous adressons encore des remerciements à M. le D^r Kéraval qui nous a permis de suivre dans son service différentes maladies puerpérales; à M. le D^r Bar qui a mis si libéralement à notre disposition les observations de la Maternité de Saint-Antoine; à M. le D^r Dagonet dont les examens histologiques nous ont été d'un précieux secours.

Merci à nos amis et collègues, les D^{rs} Perpère et Dromard pour les observations intéressantes qu'ils nous ont communiquées.

M. le P^r Joffroy nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; à notre tour nous le prions d'agréer l'hommage de notre respect et de notre vive reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0019

ÉTUDE

SUR

LES DÉLIRES POST-PARTUM

INTRODUCTION

SOMMAIRE. — I. Définition de la folie puerpérale. — II. Cas qui doivent être éliminés. — III. Rapports de la puerpéralité et des troubles délirants. — IV. Conclusions et exposé du travail.

I

Pendant longtemps on a désigné sous le nom de folie puerpérale l'ensemble des troubles psychiques observés pendant la grossesse ou à la suite de l'accouchement. Ce terme de folie puerpérale a été vivement critiqué comme laissant croire à l'existence d'une entité délirante en rapport avec la puerpéralité. M. Ballet (1), le premier, a proposé de lui substituer celui de psychoses puerpérales, beaucoup mieux choisi pour désigner la multiplicité des formes cliniques que peut revêtir le délire. Cette dernière appellation n'est pas elle-même absolument irréprochable. D'abord, le terme de psychose se trouve détourné de son sens rigoureux signifiant délire systématisé. D'autre part, l'expression de psychoses puerpérales ne précise pas quels rapports existent entre la puerpéralité et les troubles délirants. Or, il importe particulièrement de bien spécifier les faits à envisager sous les noms de folie ou de psychoses puerpérales. Ces termes n'ont réellement de signification que si la relation étiologique entre le délire et la puerpéralité est bien établie. Comme nous

(1) Gilbert Ballet, Les psychoses puerpérales (Leçon faite à l'asile Sainte-Anne). *Médecine moderne*, 27 octobre et 3 novembre 1892.

aurons occasion de le montrer, parmi les cas où la puerpéralité peut être incriminée, des distinctions sont à faire, car cette cause n'a pas eu la même influence chez toutes les malades.

II

Il faut se garder, d'autre part, de mettre sur le compte de la puerpéralité l'origine de tous les délires survenus pendant l'état puerpéral. On rencontre encore assez souvent des malades chez lesquelles la puerpéralité et le délire n'ont eu entre eux qu'un simple rapport de coïncidence. Cette distinction n'a pas été suffisamment établie dans les observations produites par la plupart des auteurs. La confusion est d'ailleurs inévitable si l'on se base uniquement sur l'époque d'apparition du délire. Les occasions de délirer, en dehors de celles qui tiennent à l'état puerpéral, sont forcément nombreuses pendant cette longue période qui s'étend du début de la grossesse à la fin de la lactation. Cette dernière, lorsqu'elle est réellement pratiquée par la mère, se prolonge pendant neuf ou dix mois, parfois plus longtemps pour certaines femmes, sans parler des nourrices allaitant plusieurs nourrissons consécutivement. En ajoutant cette durée à celle de la grossesse, on obtient une durée totale, pour la période puerpérale, de un an et demi à deux ans. Si l'on songe que la même série de phénomènes peut se répéter plusieurs fois pour le même sujet, on voit l'importance de la place occupée par la puerpéralité dans la vie féminine. Enfin, si avec Tarnier on fait rentrer dans la puerpéralité la menstruation, le terme de folie puerpérale menace d'englober la presque totalité des délires survenant chez la femme à la période moyenne de la vie. C'est ainsi qu'en se basant uniquement sur l'époque d'apparition des troubles psychiques, on a décrit comme folie puerpérale des délires en réalité survenus comme une complication d'une maladie infectieuse intercurrente : fièvre typhoïde, variole, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose. On a décrit également sous ce nom des cas de délire alcoolique typique survenant chez les nouvelles accou-

chées comme chez des blessés ou des opérés. D'autres fois, il s'agit de troubles délirants, satellites d'attaques d'épilepsie ou d'hystérie ou équivalents psychiques de ces dernières. Enfin, il n'est pas jusqu'à la paralysie générale qui n'ait été rangée, non seulement parmi les complications, mais parmi les manifestations premières de la folie puerpérale. Tous ces faits mériteraient d'être décrits à part sous le nom de fausses psychoses puerpérales.

III

Depuis l'époque où Esquirol, le premier, donna des limites précises à la folie puerpérale et créa pour ainsi dire cette maladie, on n'a pas cessé de se préoccuper de la pathogénie des troubles délirants, et le nombre des travaux accumulés sur cette question est actuellement considérable. On a commencé tout d'abord, à la suite d'Esquirol et de Marcé, par invoquer comme causes de folie puerpérale toutes les influences possibles, toutes les circonstances où le délire a éclaté. Les auteurs se sont surtout appliqués à dresser un inventaire complet de ces causes, qu'ils divisent en prédisposantes et occasionnelles, suivant qu'elles tiennent à l'état antérieur du sujet, ou au contraire sont inhérentes à l'état puerpéral. Or, comme le fait remarquer M. Parant (1), aucune de ces causes, envisagée séparément, n'a de valeur particulière : « Soutenir, en effet, qu'un refroidissement, que les difficultés d'un accouchement laborieux, qu'une émotion morale trop vive, que d'autres accidents du même genre peuvent à eux seuls causer la folie, leur attribuer spécialement une action suffisante, c'est se payer de mots et envisager les choses d'une manière exagérément superficielle ». Marcé, cependant, et la plupart de ses continuateurs ont mis en relief l'influence prépondérante de l'hérédité parmi les causes prédisposantes.

Mais il faut arriver jusqu'à M. Magnan pour voir attribuer à ce facteur toute l'importance qu'il convient. A M. Magnan

(1) V. Parant, *La folie puerpérale, sa nature et ses origines*, d'après de récents travaux. *Annales médico-psychologiques*, 1888.

et à ses élèves revient le mérite d'avoir apporté, dans l'étude de la folie puerpérale, une notion nouvelle en montrant que l'hérédité, ou, d'une façon plus générale, la dégénérescence mentale, se trouve à la base de la maladie. Dans la thèse de M^{me} de Gorsky, écrite sous l'inspiration de M. Magnan, sur 35 cas rapportés par l'auteur, on relève des tares 33 fois ; pour les deux autres cas les antécédents sont demeurés inconnus. L'opinion de M. Magnan a été confirmée par des faits de plus en plus nombreux et aujourd'hui, devant les preuves acquises, la dégénérescence mentale doit passer du rang de cause prédisposante accidentelle à celui de cause nécessaire et indispensable pour le développement de la folie puerpérale. Ainsi s'explique son apparition élective chez certains sujets, la diversité de ses allures et jusqu'à certaines particularités du délire. Faut-il aller plus loin et dire que la puerpéralité « n'est qu'une occasion banale de délirer (1) », que la folie puerpérale n'est « qu'un aspect délirant de la dégénérescence mentale (2) » ?

Une semblable opinion équivaut à une négation de la folie puerpérale. Dans le même ordre d'idées il est également exagéré de considérer la dégénérescence mentale comme une espèce nosographique. M. le P^r Joffroy (3) ramène la dégénérescence à ses véritables proportions lorsqu'il la définit : « l'ensemble des déficiences organiques d'origine héréditaire ou acquise, qui crée des aptitudes morbides nouvelles « et rend de la sorte pathogènes des causes qui, seules, « seraient sans force et sans effet et resteraient stériles vis-à-vis d'un organisme normal ». Ainsi, pour la folie puerpérale, M. le P^r Joffroy fait jouer un certain rôle à l'infection et aux auto-intoxications à côté de la prédisposition délirante. Certes, l'étude des causes occasionnelles mérite à son tour de fixer notre attention. En se complétant, nos connaissances à ce sujet se sont simplifiées et généralisées. La plupart des

(1) Toulouse, Résumé de l'opinion de M. Magnan, in « Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales ». *Gazette des hôpitaux*, 30 septembre 1893.

(2) De Gorsky, Considérations sur la folie puerpérale et sur sa nature. *Thèse de Paris*, 1888 (Conclusion, 5^o).

(3) Joffroy, De l'aptitude convulsive (Leçon faite à l'Asile Sainte-Anne et publiée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 11 février 1900.

causes invoquées par Marcé et ses successeurs peuvent actuellement se ramener à deux facteurs principaux : infection et intoxication. Aussi, à l'heure actuelle, la tendance commune à un grand nombre d'esprits est de rattacher nettement l'origine de la folie puerpérale aux phénomènes pathologiques de la puerpéralité. Cette tendance se retrouve d'ailleurs en substance chez les auteurs qui de tous temps se sont occupés de la folie puerpérale.

Hippocrate attribue au transport des lochies vers la tête l'apparition du délire et de l'excitation maniaque.

Galien reconnaît l'importance des inflammations de la glande mammaire lorsqu'il dit : « le sang plus brûlant s'accumule vers les mamelles et ne peut se convertir en lait. En raison des connexions qui existent entre les mamelles et le cerveau, les vapeurs brûlantes montent vers ce dernier et la manie peut survenir ».

Puzos attribue aux métastases laiteuses, aux dépôts de lait sur le cerveau la production de la démence et de la folie. D'après lui, les métastases laiteuses seraient la cause de tous les phénomènes infectieux du puerpérium.

De nos jours, la doctrine de la folie sympathique formulée par Belhomme, Loiseau, Azam, a été surtout défendue par M. Régis au point de vue spécial de la folie puerpérale. Les partisans de cette doctrine avaient bien remarqué les relations qui existent entre les lésions de l'appareil génital et l'éclosion de la folie. Mais cette doctrine, outre qu'elle s'appliquait à des faits disparates, donnait une explication erronée du mode de retentissement des lésions de l'appareil génital sur le cerveau, et il est bien démontré aujourd'hui que le grand sympathique ne sert point d'intermédiaire entre les deux organes.

Aussi cette conception devait-elle être remplacée par les données actuelles sur l'origine toxique et infectieuse de la folie puerpérale. Depuis longtemps on avait remarqué les relations de l'éclampsie et de la folie puerpérale; des observations isolées de faits analogues avaient été publiées par divers auteurs, mais c'est Olshausen (1) qui, le premier,

(1) Olshausen, Beiträge zu den puerperalen Psychosen, special den trach

rassemblant un certain nombre de cas de délires post-éclamptiques, montra l'importance étiologique de ce facteur. Cette notion mérite d'être complétée, car l'éclampsie constitue seulement un symptôme. A côté de l'éclampsie se placent l'urémie consécutive à l'albuminurie gravidique, le petit brightisme, l'insuffisance hépatique amenés par la grossesse ou aggravés par cette dernière.

La doctrine infectieuse a suivi une marche parallèle. Nous reviendrons bientôt sur son importance pour montrer comment la conception de ce facteur étiologique doit être élargie, combien son rôle doit être étendu. Si les causes précédentes : éclampsie ou albuminurie gravidique, ont le plus souvent une influence transitoire, l'infection au contraire, variable dans ses degrés, multiple dans ses localisations, susceptible d'une persistance souvent très longue, est capable de produire les effets les plus divers et partant doit être mise au premier rang parmi les phénomènes pathologiques de la puerpéralité.

IV

En dernière analyse, nous restons en présence de deux ordres de causes : dégénérescence mentale d'une part, infections et intoxications d'autre part. Le moment est venu de discuter leur influence respective. Tout d'abord, nous ferons appel à l'opinion de Campbell-Clark qui, dans un mémoire remarquable, nous paraît avoir résolu la plupart des problèmes se rapportant à la pathogénie de la folie puerpérale. « Après un examen attentif des 40 observations qu'il a recueillies, le Dr Clark estime que si, dans l'état de puerpéralité, la folie peut survenir, il y faut les deux conditions suivantes qu'il nomme l'une, centrale, l'autre, périphérique : la première, qu'il y ait dans le système nerveux central une certaine instabilité, ce que l'on pourrait appeler une prédisposition à la maladie ; la seconde, qu'un trouble quelconque, accidentel ou prolongé de l'organisme, réagisse

sur le système nerveux et achève d'en troubler l'instabilité (1). » M. Parant fait ressortir le caractère d'originalité de cette conception. Ainsi, pour Campbell-Clark, la dégénérescence mentale est une condition nécessaire et même indispensable, comme nous le verrons tout à l'heure, mais elle n'a pas un rôle exclusif, les intoxications et les infections interviennent également d'une façon décisive dans la pathogénie des troubles délirants. Cette doctrine de l'origine toxique et infectieuse de la folie puerpérale, Campbell-Clark, le premier, l'a établie sur des bases solides en l'appuyant de faits précis. D'autre part, le rôle de l'hérédité est parfaitement mis en relief par l'auteur. « Il estime qu'il faut tenir compte non seulement de l'hérédité similaire, mais aussi de l'hérédité de transformation.... Il ne se borne pas à rechercher les marques de l'influence héréditaire chez les ascendants ou chez les collatéraux; il est d'avis qu'il faut en fouiller les traces jusque chez les descendants, qui deviennent ainsi les témoins, qui donnent la preuve sensible de l'instabilité de la mère... Ainsi envisagée, l'hérédité se rencontre, d'après le Dr Clark, dans la presque totalité des cas. Sur 28 observations où il a pu suivre avec soin et avec succès l'histoire morbide des malades, il en a trouvé 26 où les manifestations héréditaires étaient manifestes. Il est convaincu que si pour celles de ses observations qui ne sont pas comprises dans ce groupe, il avait pu avoir des renseignements complets, il aurait trouvé encore dans la plupart d'entre elles des indices de transformation ou de transmission héréditaire. »

Dans ce travail, nous plaçant surtout au point de vue du rôle de l'infection, nous nous proposons de démontrer que cette dernière a une influence beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'alors. Nous n'avons garde de méconnaître le rôle de la dégénérescence mentale. Ces deux éléments, prédisposition délirante et cause occasionnelle infectieuse, nous paraissent, au contraire, inséparables. La dégénérescence mentale n'est qu'un élément indispensable, il est

(1) Campbell-Clark, analysé par M. Parant. *Annales médico-psychologiques*, 1888.

vrai ; dans tous les cas, elle est insuffisante et suppose l'intervention d'une cause occasionnelle plus immédiate pour provoquer l'éclosion du délire. La puerpéralité, à son tour, réalise tout un ensemble de conditions qui permettent au délire d'éclater. Trop souvent, selon nous, on s'est borné à constater l'état de dégénérescence mentale sans chercher à pénétrer au delà. Or, la recherche de l'infection n'a pas un simple intérêt spéculatif, car non seulement elle a un rôle décisif dans la pathogénie de la maladie, mais elle fait encore sentir son action sur la forme et sur l'évolution du délire, elle réclame enfin un traitement spécial. A ce triple point de vue, il nous a paru intéressant d'étudier en détail le rôle de l'infection.

Notre étude se trouve ainsi limitée aux délires post-partum. Ceux-ci constituent d'ailleurs la majorité des délires puerpéraux. Il est à remarquer à ce propos que la division de la folie puerpérale en trois groupes : délires de la grossesse, délires des suites de couches et délires de la lactation, est passible de diverses critiques. Cette division a le tort de ne pas assez accentuer la différence entre les délires de la grossesse et les délires post-partum ; par contre, elle crée une démarcation artificielle entre ces derniers et les délires de la lactation.

Il suffit de consulter les statistiques pour relever une disproportion énorme entre les délires de la grossesse et les délires survenus après l'accouchement. Nous aurons à examiner plus tard si cette différence ne doit pas être mise sur le compte de la fréquence de l'infection après l'accouchement. Pour le moment, nous nous bornons à constater combien sont différentes les conditions où se trouve la femme avant et après l'accouchement. Par le fait de l'accouchement, il se produit des modifications organiques tellement importantes qu'à ce point de vue il nous paraît exister une démarcation infranchissable entre les délires de la grossesse et les délires des suites de couches.

Quant aux psychoses, dites de la lactation, elles ne nous paraissent pas avoir une existence autonome. La plupart du temps, la lactation n'a été vis-à-vis du délire qu'une coïn-

cidence. On peut diviser les faits décrits sous ce titre en trois groupes. Le premier groupe comprend les délires survenus à une époque plus ou moins rapprochée de l'accouchement ; ceux-ci relèvent évidemment des mêmes causes que les délires post-partum proprement dits. Un deuxième groupe est formé par les délires survenant à une époque tardive après l'accouchement et attribués à l'épuisement déterminé par la lactation. La puerpéralité, on le conçoit, joue un rôle effacé dans la pathogénie de ces délires qui relèvent le plus souvent d'une cause accidentelle ou d'une névrose. Le troisième groupe comprend les délires éclatant à une époque variable après l'accouchement et liés à la formation d'abcès du sein. De par leur étiologie, ces délires se rapprochent de ceux du premier groupe et des délires post-partum.

Nous étudierons donc le rôle de l'infection dans la pathogénie des délires post-partum et de la plupart des délires de la lactation. Ce rôle nous paraît avoir été envisagé d'une façon étroite par la plupart des auteurs français. Au lieu de considérer l'infection dans ses différents degrés suivant la large conception de Campbell-Clark, les défenseurs de la doctrine infectieuse semblent s'être inspirés uniquement du travail de Hansen. Ce dernier se borne à décrire un type particulier de folie puerpérale, la confusion mentale hallucinatoire aiguë en rapport avec les accidents infectieux graves des suites de couches. Lorsqu'on lit les observations publiées pour démontrer l'influence étiologique de l'infection, on reconnaît que le plus souvent les auteurs entendent par infection les accidents de la septicémie puerpérale. Or, comme le dit notre maître, M. Picqué, ces faits devraient être éliminés du cadre de la folie puerpérale. Il est tout aussi peu fondé d'appuyer sur ces faits la doctrine de l'infection que de soutenir le rôle exclusif de la dégénérescence mentale, en invoquant comme exemples des malades atteintes de folie intermittente. Mais, et c'est là précisément le point sur lequel nous voulons insister, le rôle de l'infection ne se résume pas dans la production de la septicémie qui éclate dans les premiers jours après l'accouchement. Tout n'est pas fini au point de vue de l'infection quand la femme quitte

l'hôpital, le neuvième jour après l'accouchement. Il est des infections puerpérales atténuées qu'il faut bien connaître. Ces infections aboutissent le plus souvent à la production d'une métrite ou de lésions infectieuses des annexes. Ces lésions elles-mêmes évoluent sournoisement, ce qui explique que leur existence ait été si souvent méconnue ; et le jour où éclate le délire, si l'on n'a pas surveillé l'involution utérine, si l'on ne s'est pas assuré que le col se ferme bien, si l'on n'a pas soin d'examiner l'utérus au moment où l'on voit la malade, on méconnaît, selon nous, un facteur important de folie puerpérale.

C'est en intervenant pour des lésions analogues que M. le Dr Picqué, chirurgien en chef des Asiles, a été frappé de l'heureuse influence du traitement sur l'évolution du délire. Notre maître a bien voulu poursuivre cette étude avec nous, et c'est le résultat de nos observations que nous apportons aujourd'hui. Avec M. Picqué, nous isolerons deux types de délires post-partum :

Dans une première partie, nous étudierons la septicémie puerpérale à forme délirante.

Dans la deuxième partie, nous étudierons la folie puerpérale proprement dite spécialement au point de vue de la pathogénie.

PREMIÈRE PARTIE

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE A FORME DÉLIRANTE

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE A FORME DÉLIRANTE

Comme le dit notre titre, les délires que nous allons étudier sont avant tout des délires fébriles, symptomatiques d'un état infectieux grave. Ce dernier est en réalité la vraie maladie, le délire n'est qu'un élément secondaire et surajouté. Le pronostic ne dépend nullement de la forme du délire, mais de l'intensité de l'infection. Par suite le traitement doit viser exclusivement cette dernière. En un mot, comme le dit M. Picqué, il s'agit non point de folie puerpérale, mais de septicémie puerpérale à forme délirante.

Si nous donnons dans notre travail une place au délire de la septicémie, c'est uniquement parce que cette forme aiguë a été confondue avec la vraie folie puerpérale, à la fois par les partisans de la dégénérescence mentale et par les partisans de l'infection.

On peut relever aujourd'hui dans le travail de Marcé des observations concernant des cas de septicémie puerpérale à évolution mortelle. Dans la thèse de Garcia Rijo (1), entreprise sous l'inspiration de M. Magnan, on pourrait citer tout au moins sept observations de septicémie terminée par la mort. Dans la thèse plus récente de Castin (2) on trouve encore une ou deux observations où l'infection ne saurait être mise hors de cause. Il n'est pas sans intérêt de rechercher comment les auteurs précédents ont envisagé la simultanéité de l'état fébrile et du délire.

(1) Garcia Rijo, Contribution à l'étude de la folie puerpérale. *Thèse de Paris*, 1879.

(2) Castin, Des psychoses puerpérales dans leurs rapports avec la dégénérescence mentale. *Thèse de Paris*, 1899.

a. Les uns, comme Esquirol et Marcé, ne voient là qu'une simple coïncidence. Ce dernier auteur fait remarquer à ce propos « combien il est difficile de tracer une ligne de démarcation bien tranchée entre l'accès de manie et ce délire sympathique ou symptomatique qu'on retrouve dans diverses affections organiques (1) ».

b. Les autres attribuent la fièvre à l'état d'excitation dans lequel se trouve la nouvelle accouchée.

c. D'autre part, Castin semble invoquer à l'appui de sa thèse l'opinion de Savage et de Barnes : « tendant à interpréter d'une façon particulière la fréquence de l'infection dans les psychoses puerpérales. Ce serait la prédisposition qui faciliterait l'éclosion des processus infectieux chez les nouvelles accouchées (2) ». Nous ne croyons pas devoir ajouter de commentaire à cette opinion,

d. Nous arrivons enfin aux défenseurs de l'infection. Ces derniers ont bien démontré que l'état infectieux précède l'apparition des troubles psychiques et que ces deux phénomènes dépendent d'une même cause, la présence dans le sang du streptocoque ou de ses produits solubles. Les défenseurs de l'infection avaient donc raison de ranger la septicémie délirante parmi les psychoses puerpérales, puisque leurs adversaires n'établissaient pas de différence entre ce délire symptomatique d'une affection fébrile et la manie des nouvelles accouchées. Mais aujourd'hui que la folie d'origine infectieuse a acquis droit de cité, on est autorisé de reprocher aux partisans de l'infection comme à leurs adversaires d'avoir confondu la septicémie délirante avec les vraies psychoses puerpérales (Picqué). Cette critique nous semble d'autant plus justifiée que les partisans de l'infection paraissent n'avoir eu en vue que ce délire fébrile et avoir laissé dans l'ombre les vraies psychoses infectieuses. M. Lallier, notamment, défendant dans sa très remarquable thèse (3) l'origine infectieuse de la folie puerpérale, cite 19 cas de septicémie

(1) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, Paris, 1858.

(2) Castin, *loc. cit.*, p. 72.

(3) Lallier, *De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches. Thèse de Paris, 1892.*

mortelle sur 38 observations, sans compter les cas où les malades ont été transportées dans un état très grave à l'asile Sainte-Anne et perdues de vue, et ceux où sous l'influence d'un traitement approprié les malades ont guéri. — M. Ballet lui-même cite à l'appui de la doctrine infectieuse une observation de Doléris communiquée à Lallier (Lallier, obs. XLIV), dans laquelle il s'agit bien nettement de septicémie puerpérale; la malade succombe d'ailleurs, comme le dit l'observation, aux progrès de l'infection purulente.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Si l'origine infectieuse des délires que nous étudions a mis si longtemps à se révéler, c'est parce que les phénomènes infectieux des suites de couches étaient eux-mêmes mal connus. Du jour où les travaux de Pasteur, de Doléris, de Vidal eurent fait connaître l'origine infectieuse de la fièvre puerpérale et de la phlébite des nouvelles accouchées, l'étude de la folie puerpérale ne tarda pas à s'éclairer d'un jour nouveau. A partir de ce moment les vagues connexions entre la fièvre puerpérale et les délires post-partum pressenties par Griesinger (1), Holm (2), Arndt (3), Guido Weber (4) se précisèrent et de cette époque date véritablement la doctrine infectieuse de la folie puerpérale.

On vit bientôt Donald Fraser (5), Campbell-Clark (6), Savage (7) en Angleterre, Hansen (8) à Copenhague, Ernst Meyer (9) à Strasbourg, Kramer (10) à Prague, Olshausen et

(1) Griesinger, *Die Pathologie and Therapie der psychischen Krankheiten*, 1871.

(2) Holm, Om puerperalafsyndiget. *Hosp. Tid. Kjobenh.*, 1874, 2 R., I, 229, 245, 262, 273.

(3) Arndt, Ueber puerperalpsychosen. *Beit. z. Geb. und Gynækol. Berlin*, 1874, III, 183.

(4) Guido Weber, Ueber Schwangerschaften and Puerperalpsychosen. *Jahresb. d. Gesellsch. f. Nat. u. Heilk. zu Dresd.*, 1875-76, 131.

(5) Donald Fraser, A case of puerperal mania with remarks. *Glasgow M. J.*, 1885, 4^e s., XXIV, 369.

(6) Campbell-Clark, Etiology, pathology and treatment of puerperal insanity. *J. Ment. Sc. Lond.*, 1887-1888, XXXIII, 169, 372, 487.

(7) Savage, Puerperal insanity of septic origine. *Lancet Lond.*, 1888, II, 1129.

(8) Hansen, Ueber das Verhältniss zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Stuttg.*, 1888, XV, 60.

(9) Meyer, Ueber puerperale Fieberpsychosen. *Thèse de Strasbourg*, 1888.

(10) Kramer, Zur Lehre von den Puerperalpsychosen. *Prag. med. Wochenschr.*, 1889, XIV, 523, 535.

Veit (1) en Allemagne, Hirst (2), Lloyd (3) en Amérique apporter des faits nouveaux et démontrer l'importance de ce facteur étiologique : l'infection.

Deux noms se détachent dans cet historique : celui de Campbell-Clark et celui de Hansen qui ont fait chacun dans leur mémoire une véritable étude de la question, étude appuyée sur des observations nombreuses formant une statistique personnelle.

Chez nous, M. Parant, dans un article publié en 1888 dans les *Annales médico-psychologiques*, fit connaître les idées de Campbell-Clark et donna à son tour une place à l'infection dans l'analyse des différentes causes de la folie puerpérale. La thèse de Faure (4) en 1890, celle de Lallier en 1892, le remarquable rapport de MM. Régis et Chevalier-Lavaure au Congrès de la Rochelle en 1893 achevèrent de préciser la question. Les publications parues depuis sur le même sujet ne font que confirmer les précédentes.

Du même coup, à mesure que l'on étudiait les accidents infectieux des suites de couches et que l'on découvrait leurs relations avec la folie des nouvelles accouchées, on voyait diminuer le nombre des délires post-partum par suite de la lutte inaugurée contre l'infection.

A l'heure actuelle, dans les maternités, les cas de manie puerpérale sont devenus exceptionnels. De temps à autre cependant, nous voyons arriver dans les asiles des malades chez lesquelles une septicémie grave a été la conséquence d'un accouchement laborieux. Par contre, cette maladie présente une certaine fréquence chez les femmes qui ont accouché à domicile.

Il convient de diviser les cas de septicémie et par suite les délires symptomatiques de cet état en deux catégories : 1^o les cas de septicémie puerpérale précoce, et 2^o les cas de

(1) Olshausen et Veit, 2^e édition du *Lehr. d. Geburtsh. de Schræder*, Bonn, 1891.

(2) Hirst, Transactions of obstetrical Society of Philadelphia. *A. J. Obst. N. Y.*, 1889, XXII, 176.

(3) Lloyd, Acute delirium : probably an infection process. *Med. News, Phila.*, 1891, LVIII, 122.

(4) Edmond Faure, Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées. *Thèse de Lyon*, 1890.

septicémie puerpérale tardive. Dans les cas de septicémie puerpérale précoce, qui sont les plus fréquents, le délire apparaît généralement dans les huit premiers jours en même temps que la fièvre. Le plus souvent, les accidents éclatent vers le troisième ou le quatrième jour, parfois plus tôt, presque immédiatement après l'accouchement. Les grandes hémorragies au moment de l'accouchement, invoquées par les auteurs comme cause de folie puerpérale, agissent surtout en favorisant l'infection.

Les cas de septicémie puerpérale tardive sont plus rares, mais ils méritent d'être bien connus. M. Doléris (1) a, le premier, attiré l'attention sur ces faits. Ici, les phénomènes infectieux graves peuvent éclater trois ou quatre mois après l'accouchement. Ce qui manque, dit l'auteur, à l'histoire de semblables états, c'est la notion étiologique. On ne peut découvrir cette relation que si l'on interroge minutieusement les malades. On apprend alors que les suites de couches n'ont pas été absolument normales, que la malade a présenté après l'accouchement quelques élévations thermiques, que les lochies ont été fétides. Une accalmie s'est produite jusqu'au jour où l'ouverture dans un sinus d'un foyer du voisinage amène la diffusion des germes infectieux et l'apparition de phénomènes graves constituant la septicémie puerpérale tardive. Cette dernière, comme la septicémie puerpérale précoce, peut s'accompagner de troubles délirants dont l'origine est identique. On trouve dans les auteurs différentes observations de cette variété d'accidents. Marcé (obs. 30°) cite un cas de ce genre ayant débuté six semaines après la délivrance et s'étant terminé par la mort le septième jour. A l'autopsie, on a trouvé simplement que l'utérus n'était pas encore revenu à son état normal. Garcia Rijo (obs. XXVII) cite un cas analogue : la malade, accouchée le 15 septembre, est prise le 4 novembre suivant de délire avec phénomènes infectieux graves ; elle meurt quatorze jours après. Horeau et Delagenière (2) citent le cas d'une

(1) Doléris, *De l'endométrite et de son traitement*, Paris, 1887, et *Mérite et fausses métrites*, Paris, 1902.

(2) Horeau et Delagenière, Délire aigu consécutif à l'infection puerpérale,

femme qui, accouchée au mois d'août, présente le 24 octobre des phénomènes péritonéaux s'accompagnant de délire violent. Le 30, on pratique le curettage qui ramène des débris de placenta. Dès le 3 novembre, il se produit une amélioration sensible et la guérison est complète le 20 novembre.

Au point de vue du moment d'apparition du délire, Lallier, à la suite de Hansen, divise les psychoses infectieuses en trois groupes : 1° les psychoses fébriles apparaissant en même temps que la fièvre ou dans le cours de celle-ci ; 2° les psychoses du stade prodromique qui apparaissent avant la fièvre pendant l'incubation même de l'infection ; et 3° les psychoses post-fébriles qui surviennent lorsque la température est redevenue normale.

L'existence de troubles délirants débutant avant les premiers signes de l'infection mériterait d'être vérifiée.

Par contre, l'apparition du délire lorsque toute infection a disparu, n'est pas douteuse, bien qu'elle ne s'observe pas fréquemment. Mais ces psychoses post-fébriles, liées le plus souvent à des lésions dégénératives du foie ou du rein, consécutives à l'infection, rentrent dans la catégorie des délires par auto-intoxication et ne sauraient nous occuper ici.

C'est donc les psychoses fébriles que nous aurons surtout en vue pour le moment.

On s'est demandé également quel mode d'infection par voie lymphatique ou par voie sanguine prédispose davantage à la folie. En réalité, il est des cas où l'infection, de son point de départ, l'utérus, se généralise rapidement par voie sanguine sans qu'il se forme de foyers infectieux en quelque point de l'organisme. Dans d'autres cas, l'infection se propage tout d'abord par voie lymphatique, déterminant la formation de foyers secondaires (phlegmon, péritonite), mais de ces nouveaux foyers, comme de l'utérus, l'infection retentit par voie sanguine sur tout l'organisme, et, en dernière analyse, c'est parce qu'il y a septicémie dans l'un et l'autre cas que nous voyons éclater les troubles délirants. Ces foyers secondaires

guéri par le curettage et la désinfection de l'utérus. *Archives médicales d'Angers*, 1897, p. 64.

peuvent être situés au voisinage de l'utérus. Tels sont les abcès de l'ovaire, les phlegmons du ligament large. Nous trouvons dans la thèse de Martin (1) une observation de ce genre où le délire est lié à la formation d'un abcès dans la région occupée par l'ovaire gauche.

OBSERVATION

(Publiée in *Union médicale*, 1871, et reproduite in *Thèse de Martin*, Paris, 1872.)

M^{me} G..., jeune femme bien constituée, habituellement bien portante et sans aucune prédisposition héréditaire, accouche naturellement, le 3 février 1870, de son troisième enfant et se porte très bien jusqu'au cinquième jour. A cette époque elle accuse de la douleur et de la sensibilité à la pression, à la partie supérieure de la cuisse gauche. Il est à remarquer que, pendant sa grossesse, elle avait été tourmentée par des impressions tristes et quelquefois hystériques, bien qu'il n'y eût chez elle aucune disposition maniaque héréditaire. Le D^r Golding, appelé auprès de la malade, constate l'état suivant : suppression des lochies et de la sécrétion lactée, insomnie, agitation, langue chargée, pouls faible à 80 degrés. Il prescrit un purgatif assez énergique, l'application de quelques sangsues et de fomentation. Ce traitement amène une amélioration qui persiste jusqu'au soir du sixième jour. Alors, en même temps qu'elle éprouve une excessive sensibilité à la partie inférieure de l'abdomen, principalement à gauche, la malade est prise d'un délire furieux : elle s'écrie qu'elle est extrêmement perverse et qu'il y a dans la maison des démons prêts à l'enlever ; pour les éviter, elle veut se jeter furtivement hors du lit et parfois avec tant de violence qu'il faut employer une force considérable pour la retenir. Elle ne peut supporter la vue de son mari ; elle ne cesse de supplier le prêtre de la sauver des malins esprits. Ces phénomènes, quoique le plus généralement continus, alternent parfois les jours suivants avec des accès de mélancolie et de méfiance. Malgré les saignées locales et l'administration de l'opium, la sensibilité hypogastrique persiste pendant un mois, au bout duquel se manifestent les indices de la formation d'un abcès dans la région occupée par l'ovaire gauche.

Enfin, à l'expiration du deuxième mois à partir du début de la maladie, malgré la continuation des symptômes qui viennent

(1) Martin, *Thèse de Paris*, 1872.

d'être décrits et qui s'accompagnent alors d'une grande prostration et d'une émaciation considérable, le Dr Golding ouvre l'abcès formé dans la région iliaque gauche, d'où il sort un pus extrêmement abondant dont l'écoulement continue pendant quelque temps. A la suite de cette opération les illusions de la malade se dissipent peu à peu et, au moment où l'auteur communique cette observation, la guérison est complète.

Ailleurs, l'infection s'est propagée par continuité, comme c'est le cas pour la phlébite des nouvelles accouchées. Lallier, dans sa thèse, rapporte différentes observations de délire accompagnant la *phlegmatia alba dolens*.

Dans certains cas, les foyers secondaires sont situés à distance, comme dans l'observation suivante où la malade, à la suite de phénomènes infectieux de courte durée, du côté de l'appareil génital, a fait une arthrite purulente du cou-de-pied. Cette malade a guéri à la suite de l'extirpation de l'astragale.

OBSERVATION I (personnelle).

Marie O..., trente-deux ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 20 février 1903.

Cette malade est accouchée le 11 février. Après son accouchement elle est devenue coléreuse, agitée. Elle causait beaucoup, parlait de l'affaire Humbert, distribuait ses millions. — Depuis deux jours O... est devenue taciturne, elle ne s'intéresse pas à son enfant, elle s'imagine être morte, on va l'enterrer; elle ne dort pas, et se met à crier dans la nuit que son mari va la tuer. Elle n'a pas mangé depuis quarante huit heures.

Antécédents héréditaires. — Toute la famille est nerveuse.

Antécédents personnels. — Cette malade a toujours été coléreuse. C'est son cinquième accouchement. Les cinq enfants sont tous bien portants.

Son premier accouchement a été également suivi d'une agitation passagère (deux à trois heures).

20 février. — A son entrée on constate l'état suivant : délire mélancolique avec idées de persécution ; refus d'aliments. Excitation par intervalles.

21 février. — T. du soir : 39,2.

22 février. — T. matin, 38,5. Ventre ballonné et douloureux.

Traitement. — Une friction de collargol à neuf heures du matin ; une à midi et une à sept heures du soir. T. 39,8.

23 février. — T. matin, 37,4 ; soir, 38,6.	} Trois frictions de collargol par jour.
24 février. — T. matin, 37,4 ; soir, 37,6.	
25 février. — T. matin, 37,4 ; soir, 40 de-	
grés.	
26 février. — T. matin, 39 degrés ; soir,	}
38,9.	
27 février. — T. matin, 39,2 ; soir, 37,4.	

28 février. — La malade est envoyée au pavillon de chirurgie (service de M. Picqué) ; elle est très amaigrie, présente de la confusion mentale et ne peut donner aucun renseignement sur son état. La température est élevée. On fait le diagnostic de septicémie puerpérale.

A l'examen, on trouve un utérus gros. Écoulements abondants et fétides ; col peu coloré. Rien d'appréciable dans les annexes, rien de péritonéal.

1^{er} mars. — On pratique le curettage qui ramène peu de fragments. Glycérine créosotée. Drainage utérin. T. avant l'opération, 38,2. — T. du soir, 37,6.

2 mars. — T. matin, 38,6 ; soir, 38 degrés.

3 mars. — T. matin, 38,4. Il existe au niveau de la mal-léole externe du pied droit une tuméfaction rouge, pseudo-fluctuante.

Une incision est pratiquée : le tissu cellulaire est épaissi, mais il n'y a pas de pus. T. soir, 39,8.

4 mars. — T. matin, 37,6 ; soir, 40 degrés.

5 mars. — T. matin, 37,2. Il existe des signes incontes-tables d'arthrite tibio-tarsienne. La température restant élevée, M. Picqué pratique le soir même l'extirpation de l'astragale : il s'écoule une notable quantité de pus. Deux incisions sont faites de chaque côté du tendon d'Achille pour le drainage. T. du soir, 38,8.

Les jours suivants, l'état de la malade s'améliore rapidement depuis l'ouverture de son arthrite suppurée. La température reste au-dessus de 37 degrés jusqu'au 25 mars. A partir de ce moment la température est normale. L'état mental s'améliore parallèlement.

Le 4 mai, la malade sort guérie au point de vue mental et, au point de vue physique, en état de reprendre ses occupations et de soigner ses enfants.

Evrot (1), de son côté, rapporte une observation très intéressante où le délire est entretenu par la formation d'un abcès périnéphrétique. La malade est opérée à différentes reprises et, après chaque intervention, on voit l'état mental s'améliorer. Comme le fait remarquer l'auteur, dans ce cas, aux phénomènes infectieux s'ajoutent des phénomènes d'auto-intoxication par suite de lésions du rein. On voit d'ailleurs le délire changer de caractère suivant que les phénomènes infectieux ou auto-toxiques prédominent.

Garcia Rijo (2) rapporte également l'observation d'une malade chez laquelle on voit le délire se prolonger et changer de caractère par suite du développement d'une cystite.

Idanof (3) cite à son tour deux observations de malades ayant déliré à la suite de la formation d'un abcès de l'oreille. Dans le premier cas, la malade a présenté de l'élévation de température pendant les premiers jours qui ont suivi les couches. A l'hôpital de psychiatrie on a constaté un abcès : otite purulente. Dans la seconde observation, la malade a présenté avant son entrée à l'hôpital, un état fébrile prolongé de nature septique. A l'hôpital, on constate un abcès à l'oreille.

Enfin, à côté de la septicémie puerpérale se placent certaines complications infectieuses consécutives à l'accouchement, nous voulons parler des abcès du sein qui peuvent retentir sur l'organisme à la façon d'une infection générale. Dans ce cas encore, il s'agit d'infection aiguë, comme le prouvent la fièvre et l'ensemble des symptômes généraux. D'ailleurs, les lésions sont manifestes chez ces malades et, à tous les points de vue, celles-ci doivent être rapprochées des femmes atteintes de septicémie puerpérale. Les unes et les autres diffèrent complètement des malades de notre seconde catégorie chez lesquelles les lésions revêtent un caractère beaucoup moins aigu, parfois même absolument

(1) Evrot, Essai de classification des délires liés à la puerpéralité. *Thèse de Lyon*, 1894, obs. II.

(2) Garcia Rijo, *loc. cit.*, obs. XIII.

(3) J.-D. Idanof, Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale. Rapport présenté à la Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou, le 17 janvier 1892.

torpide. Les abcès du sein peuvent survenir à une époque variable après l'accouchement et à ces différentes périodes s'accompagner de délire. Les observations n'en sont pas rares et nous nous bornons à rapporter les trois observations suivantes :

OBSERVATION II (personnelle).

Élise M..., quarante-un ans, entrée à l'asile Sainte-Anne le 14 août 1901.

D'après les renseignements du mari, cette malade a déjà eu plusieurs accès délirants. Elle a eu trois enfants avec son mari et un depuis deux ans qu'ils sont séparés. Pas de fausse couche.

1° *Accès en 1890.* — La malade avait des idées noires et était devenue jalouse.

2° *Accès en 1892.* — La malade a été internée à Sainte-Anne, puis transférée à Vaucluse. D'après le certificat du Dr Dagonet, elle était « atteinte de mélancolie avec idées de persécution, craignant de voir arriver toutes sortes de malheurs. Elle allait être ruinée, des gens se battaient dans la rue, la famille de son mari ne lui veut pas de bien ». Elle est sortie guérie de Vaucluse au bout de quatre mois.

3° *Accès en 1896.* — La malade a été internée à Sainte-Anne, puis à l'asile de Villejuif. D'après le certificat du Dr Dagonet, elle était « atteinte d'alcoolisme, excitation intellectuelle, discussions continuelles avec son mari qui veut l'abandonner et l'accuse de « mal se conduire ».

Elle est sortie guérie au bout de six mois.

4° *Accès actuel.* — La malade est accouchée il y a huit mois. Elle vient de l'hôpital Necker où elle était allée conduire son fils âgé de huit mois, atteint d'un plegmon sous-maxillaire. A l'hôpital elle a été très émotionnée et les troubles délirants ont débuté à partir de ce moment-là. La malade présentait un abcès au sein.

14 août 1901. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne cette malade présente un délire mélancolique avec préoccupations hypocondriaques et confusion mentale secondaire. Elle a des hallucinations de l'ouïe : entend crier son enfant qu'on égorge. T. soir, 40 degrés.

15 août. — La malade est transférée au pavillon de chirurgie, service de M. Picqué.

A l'examen, on constate que le sein gauche est tuméfié, rouge.

Par le mamelon sourd une gouttelette de liquide purulent. La rougeur et la tuméfaction siègent autour du mamelon à la région antérieure du sein. La glande glisse facilement sur la paroi du thorax. Pas de ganglions dans l'aisselle.

Température du matin, 39 degrés.

Opération. — Incision dans le segment inférieur de la glande, contre-ouverture au-dessus du mamelon. Pus très abondant, phlegmoneux. Lavage, drainage, pansements quotidiens.

2 septembre. — Actuellement on retrouve les deux orifices sus et sous-aréolaires, faits lors de la première opération. Les orifices sont petits, mais donnent une notable quantité de pus.

Tout le segment inférieur de la glande est tuméfié. Peau très rouge.

Opération. — Longue incision de 10 centimètres à un travers de doigt du sillon rétro-mammaire, on ouvre deux cavités qui communiquent avec les orifices sus-indiqués. Lavage, attouchement au naphthol. Mèche, pas de drainage.

L'état mental reste le même qu'au moment de l'entrée.

9 septembre. — Le segment inférieur incisé et cureté est dans un excellent état. Le segment inférieur est le siège d'un gonflement rouge. Fluctuation.

Opération. — Incision longue de 12 centimètres. Curettage et tamponnement.

A partir de ce moment les suites opératoires sont normales et la plaie du sein évolue rapidement vers la guérison. L'état mental subit à son tour une amélioration progressive et le délire disparaît peu à peu. La malade passe dans le service de M. le Pr Joffroy.

5 décembre. — *Certificat de situation.* — Débilité mentale. Accès délirant polymorphe post-puerpéral en voie de guérison.

(D^r ROYER-MIGNOT.)

19 avril 1902. — La malade est complètement guérie et sort en liberté.

Certificat de sortie. — Débilité mentale. La malade ne présente pas de troubles délirants et peut être mise en liberté.

(D^r ROYER-MIGNOT.)

OBSERVATION III (personnelle).

Mathilde K..., dix-neuf ans, cartonnière, entre à l'asile Sainte-Anne le 30 juillet 1902.

Elle est accouchée il y a trois semaines. L'accouchement a été

normal. Dix jours après cet accouchement on a remarqué chez elle un bavardage continu. Refus des aliments ordinaires. Elle mangeait des fruits. La formation d'un abcès du sein et l'impossibilité d'allaiter elle-même son enfant furent la cause d'une grande contrariété pour elle.

Antécédents héréditaires. — Tuberculose dans la famille. Pas de phénomènes nerveux.

Antécédents personnels. — Il y a quatre ans, à la suite d'une scène de famille entre sa sœur et son beau-frère, la malade eut peur. Elle avait à peine seize ans. Elle voulait se sauver de la maison. Elle voulait qu'on lui coupât les cheveux parce qu'elle avait mal à la tête. On lui prescrivit des douches. A la suite de ce traitement la malade a repris sa raison. La crise avait duré trois à quatre mois.

30 juillet. — A son entrée, abcès du sein. T. 38 degrés. Mutisme; la malade pousse seulement des gémissements. Agitation par intervalles. Hallucinations probables.

31 juillet. — Matin, T. 38 degrés; soir, T. 37,8.

Du 1^{er} au 7 août, la température oscille entre 37,2 et 37,8.

5 août. — La malade est envoyée au pavillon de chirurgie pour se faire opérer. (Service de M. Picqué.)

A l'examen on trouve la mamelle gauche très augmentée de volume, fluctuation, pas de fièvre.

M. Picqué pratique l'opération suivante : large incision verticale, au niveau du segment inférieur de la tumeur, donnant issue à une quantité abondante de pus épais, gris, noirâtre. La collection va jusque sous le mamelon. Parois inégales avec petites cavités adjacentes. Curettage soigné des parois de la cavité. La malade rentre le même jour au service de l'admission, faute de place.

7 août soir. — T. 39,2.

Les jours suivants, la température reste élevée pendant plus de huit jours, T. 39 degrés le soir, T. 38 degrés le matin. — Les bords de la plaie présentent une teinte rouge prononcée d'aspect érysipélateux.

20 août. — L'état local s'améliore.

Du 8 août au 24, grandes oscillations de la température, atteignant et même dépassant 40 degrés le soir.

A partir du 24 août, la température devient normale.

5 septembre. — La malade est transférée à Ville-Évrard. État général très mauvais, amaigrissement, teinte cachectique, agitation anxieuse; suppuration du sein; fièvre.

20 *septembre*. — Même état de désorientation et de confusion ; la suppuration du sein est toujours abondante.

26 *septembre*. — On constate une collection purulente dans le sein gauche ; la malade est renvoyée au pavillon de chirurgie.

27 *septembre*. — Au pavillon, on trouve à l'examen : au-dessus de l'ancienne cicatrice, une grosse collection purulente dans la région supérieure du sein gauche.

Opération : Incision sur l'ancienne cicatrice. On trouve trois foyers secondaires ; curettage, excision des parois. Résection partielle du sein. T. matin, 37,6 ; soir, 37,4.

Les jours suivants, jusqu'au 11 octobre, la température est normale. La plaie du sein va bien.

A partir du 11 octobre, la température présente de grandes oscillations, se maintient le soir au-dessus de 38 degrés, atteignant 39 degrés et même une fois 40 degrés. Amaigrissement. On pense à un début de tuberculose pulmonaire malgré l'absence de signes physiques. Au point de vue mental : confusion mentale avec périodes d'excitation maniaque.

28 *octobre*. — La plaie du sein est presque guérie, mais l'agitation continue ; la malade est placée dans le service du Dr Dubuisson.

31 *octobre*. — T. matin, 40 degrés ; soir, 40 degrés. Depuis quelques jours il existe un commencement d'eschare ; délire continu. Hallucinations de la vue ; elle voit toujours un gros chien. C'est évidemment l'eschare qui est l'origine de la température actuelle.

5 *novembre*. — La malade a de la diarrhée qui continue pendant quelques jours. Elle est traitée par l'acide salicylique. T. matin, 39,4 ; soir, 39,6. Les eschares se creusent.

20 *novembre*. — T. matin, 36,8 ; soir, 37,6. Les eschares vont mieux, le délire est moins intense. A partir de ce moment, plus d'élévation de température.

8 *décembre*. — Les eschares vont très bien. T. matin, 36,6 ; soir, 37,4.

10 *décembre*. — La cicatrisation est à peu près complète ; la température normale. La malade est très améliorée au point de vue mental.

16 *janvier* 1903. — La malade sort complètement guérie au point de vue mental. La santé est florissante. La malade a beaucoup engraisié.

OBSERVATION IV (personnelle).

Jeanne C..., vingt-six ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 1^{er} juillet 1902.

Antécédents héréditaires. — Père, mécanicien au Creusot, a fait des excès de boisson.

Mère, bien portante, a eu sept enfants, dont deux seulement sont survivants : la malade et une sœur, bacillaire ; les cinq autres sont morts en bas âge.

Une sœur du père avait des idées mystiques ; elle n'a pas été internée.

Antécédents personnels. — La malade n'avait pas d'habitudes alcooliques. Elle n'a pas eu de maladie mentale antérieure, mais elle a toujours été nerveuse, elle pleurait facilement, son caractère était mobile.

Elle a eu une première grossesse, il y a quatre ans. L'enfant est mort de faiblesse congénitale.

Pas de fausse couche.

Pendant sa dernière grossesse, le 13 mai 1902, elle a été prise de fièvre et s'est alitée. Les jours suivants, la température oscillait entre 39 et 40 degrés ; cet état s'accompagnait d'une albuminurie notable : on a diagnostiqué une fièvre typhoïde.

Le 23 mai, la malade est entrée à la Maternité où elle est accouchée le 1^{er} juin, d'un garçon de huit mois, bien portant, sauf un écoulement muco-sanguinolent du nez : syphilis probable (Charrin). La fièvre a persisté huit à dix jours après son accouchement.

Pendant son séjour à la Maternité, on avait constaté la formation d'une rougeur au niveau de la paroi thoracique entre les deux seins. On avait pensé à un abcès syphilitique ou à de la tuberculose aiguë. L'abcès n'a pas été incisé.

Le 20 juin, la malade rentre chez elle, elle nourrissait son enfant.

Dans la nuit du 24 juin, elle a cru entendre son mari à la porte, à la fenêtre et lui a fait une scène de jalousie. Elle a jeté de l'argent par la fenêtre. Elle a prétendu que son mari fréquentait la sage-femme, que celle-ci était une méchante personne qui avait voulu l'empoisonner, elle et son enfant. Puis elle s'en est prise à sa mère et lui a fait les mêmes reproches, elle croyait son chocolat empoisonné. Les derniers jours, elle était très excitée, elle a

fait des menaces, mais elle n'a pas frappé. Elle a dit des sottises à la voisine.

1^{er} juillet. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne, on constate chez cette malade un état maniaque avec idées de persécution, loquacité, propos incohérents.

24 juillet. — La malade est envoyée au pavillon de chirurgie pour un abcès du sein dont le début date de son séjour à la Maternité.

A l'examen, on constate au niveau du sein droit une grosse collection purulente. La peau est rouge et la fluctuation évidente.

A l'examen gynécologique, on trouve un utérus un peu volumineux. Le col est granuleux et entr'ouvert. Il existe de la salpingite à droite.

On pratique au niveau du sein une large incision de 7 centimètres qui donne issue à une quantité abondante de pus. M. Picqué pratique en outre le curettage de la cavité utérine, suivi d'irrigation de cette cavité.

Le malade rentre le soir même au service de l'admission.

2 septembre. — La malade est transférée à l'asile de Vaucluse. Elle est toujours dans le même état d'agitation, elle tient des propos incohérents. Hallucinations probables.

7 janvier 1903. — La malade a des préoccupations mystiques, dit qu'elle a de gros péchés ; elle entend des voix qui lui parlent. Elle est toujours agitée et casse des carreaux.

15 mars. — La malade est plus tranquille depuis quelques jours.

26 mars. — La malade est tout à fait calme et paraît revenue à son état normal. On pratique un examen gynécologique et on trouve un utérus gros avec un col entr'ouvert. La malade a des pertes jaunes, verdâtres, très abondantes. Comme la sortie de la malade est décidée, on conseille au mari d'attendre encore pour pouvoir instituer un traitement local. Ce dernier hésite et finalement se décide à reprendre sa femme.

9 avril. — La malade sort en liberté, guérie de son accès maniaque.

Il nous reste à examiner comment agissent les phénomènes infectieux pour déterminer l'éclosion du délire. On a incriminé tout d'abord l'élévation thermique, mais la clinique nous montre que la fièvre, comme le délire, n'est qu'un

symptôme. L'existence des psychoses de la convalescence ou psychoses post-fébriles prouve encore que ces deux manifestations de l'état infectieux peuvent être dissociées. D'ailleurs, les recherches anatomo-pathologiques sur l'existence des lésions cellulaires cérébrales dans les états fébriles démontrent que ces lésions se produisent seulement pour des températures dépassant 40° et au bout d'un certain temps (1). Partant, chez les nouvelles accouchées une température égale ou inférieure à 40° paraît être insuffisante pour produire des lésions semblables à celles que détermine l'hyperthermie expérimentale. La cause la plus efficace du délire paraît être la pénétration, dans le sang, des toxines secrétées par les microbes. L'auto-intoxication qui en résulte et en particulier l'action des poisons microbiens sur la cellule nerveuse devient la cause déterminante du délire. La prédominance des phénomènes hallucinatoires, l'état de confusion caractéristique du délire septicémique est en rapport avec la nature toxique de ce dernier. Quant à l'infection elle-même en tant que point de départ de lésions inflammatoires, elle joue également un certain rôle dans la production du délire. Transportée par le torrent circulatoire, l'infection peut amener des lésions histologiques des différents organes, notamment produire des altérations des petits vaisseaux de l'encéphale et provoquer des lésions inflammatoires des méninges. Ces lésions méningées permettent d'expliquer certains troubles physiques qui accompagnent parfois les délires fébriles (Voy. plus loin au chapitre d'anatomie pathologique, les observations XII et XIII).

Jusqu'à maintenant nous n'avons parlé que du rôle de l'infection, car c'est dans l'espèce le facteur le plus important au point de vue de la pathogénie du délire. Il est de la dernière évidence que si la malade n'avait pas présenté un pareil état infectieux, elle n'aurait pas déliré. Mais personne ne saurait contester d'autre part, que ces deux éléments :

(1) Ces recherches entreprises par Déjerine, Goldscheider et Flatau, Goldscheider et Brasch, Juliusberger et Meyer, ont été reprises par Marinesco, qui a fait une étude critique de cette question. Marinesco, *Revue neurologique*, 1899, n° 1, p. 3.

infection et délire, ne sont pas indissolublement unis, puisque toutes les femmes atteintes de septicémie puerpérale ne présentent pas de troubles délirants. Il devient donc certain qu'à l'infection se surajoute un nouvel élément, nécessaire pour l'éclosion du délire. Or, la clinique nous enseigne que chez les femmes atteintes de septicémie délirante, on trouve des antécédents morbides, des tares héréditaires ou acquises. En d'autres termes, ces malades rentrent dans la catégorie des sujets désignés par M. Magnan sous le nom de dégénérés. C'est, en somme, une question de résistance individuelle comme on en retrouve à divers propos en pathologie générale. Aussi nous souscrivons entièrement à cette opinion de M. le P^r Joffroy (1), « si les parents n'ont présenté aucune tare, si la malade elle-même à aucun moment n'a présenté de manifestations, elle pourra mourir de son infection puerpérale, mais elle ne fera pas de folie puerpérale ». Mais, et c'est là notre conclusion, de ces deux éléments : dégénérescence et infection, le dernier seul joue le rôle de cause déterminante. Les relations entre les phénomènes infectieux et le délire le prouvent déjà. Les caractères du délire, complètement différent de celui des dégénérés, attestent encore l'influence prépondérante du facteur infectieux. Enfin, l'action efficace d'un traitement dirigé contre l'infection achève de le démontrer.

Au point de vue de la fréquence de la septicémie délirante, les statistiques de Hansen et de Lallier sont très intéressantes. Ces auteurs ont surtout observé dans un milieu hospitalier : leurs chiffres nous indiquent par conséquent la fréquence de la septicémie délirante par rapport aux autres délires à début précoce : délire post-éclamptique, délire urémique et même délire vésanique. Sur 49 cas de psychoses observées, soit à la Maternité, soit à l'asile d'aliénés de Copenhague, Hansen a constaté 42 fois l'existence de phénomènes infectieux plus ou moins graves ; ce qui donne une proportion de 86 p. 100 en faveur de l'infection. Lallier, établissant sa statistique d'après les observations de MM. Bar,

(1) Joffroy, cité par Castin, p. 67.

Doléris et Porak, a trouvé de même une proportion de 70 p. 100 pour la folie consécutive à l'infection puerpérale. Au contraire, les statistiques publiées par d'autres auteurs, notamment celles de Campbell-Clark et de Idanof, sont des statistiques d'asile, elles établissent la fréquence de l'infection considérée dans ses différents degrés, en comparaison de l'ensemble des délires puerpéraux observés dans ce milieu. Nous retrouverons ces statistiques à propos des autres formes de l'infection.

SYMPTOMES

Nous laisserons de côté dans ce chapitre les symptômes locaux en rapport avec l'infection puerpérale, tels que : douleurs, météorisme, fétidité de lochies, arrêt ou lenteur de l'involution utérine. D'ailleurs, ces manifestations locales peuvent être insignifiantes dans la septicémie proprement dite, ce qui justifie cette phrase de Pajot : « Il y a des cas où l'on ne trouve rien, le pouls restant au-dessus de 100 : ce sont les plus dangereux. » Tous ces symptômes, appartenant à la gynécologie et à l'obstétrique, ne sauraient nous occuper ici.

Les symptômes généraux méritent de nous arrêter davantage. Esquirol avait remarqué que chez les femmes atteintes de manie puerpérale, le facies a quelque chose de particulier qui permet de les reconnaître lorsqu'on a l'habitude de soigner les aliénés. Cette physionomie particulière, dit Marcé, n'est pas autre chose que le facies du maniaque associé à cet aspect particulier de la figure qui distingue les nouvelles accouchées. En plus du mauvais état du facies, les troubles gastro-intestinaux : langue sèche, fuligineuse, haleine fétide, selles diarrhéiques, noirâtres et infectes, urines rares et légèrement albumineuses, fièvre élevée, de 40 à 41 degrés, avec 120 à 140 pulsations, sont des symptômes qui doivent tout d'abord attirer l'attention. Il en est de même de l'odeur spéciale attribuée aux femmes devenues maniaques à la suite de l'accouchement. Cette odeur, dit Marcé, tient uniquement aux diverses sécrétions des nouvelles accouchées : sueurs, colostrum, écoulement lochial, sans qu'on puisse être en droit de l'attribuer spécialement à l'état maniaque. Nous reconnaissons là ce symptôme important : la fétidité des lochies. L'existence de ces symptômes,

en particulier celle de l'état fébrile avec accélération du pouls, doit nous faire nettement séparer cette maladie du cadre des vésanies pour la considérer plutôt comme une affection organique. Ces symptômes généraux n'avaient pas échappé aux premiers observateurs qui les décrivaient comme des attributs de la manie. « Très souvent, dit Marcé, il y a au début de la manie puerpérale, accélération du pouls, chaleur fébrile de la peau, sécheresse de la langue, soif vive, et tout l'appareil symptomatique des pyrexies. » Aujourd'hui il est hors de conteste que l'agitation la plus désordonnée ne peut produire une élévation de température.

Le délire de la septicémie puerpérale ressemble aux différents délires fébriles des septicémies. La forme clinique la plus fréquente de ces délires est : la confusion mentale hallucinatoire aiguë. C'est Furstner (1) qui, le premier, décrivit : « la folie hallucinatoire des nouvelles accouchées » comme une forme spéciale distincte de la manie. Depuis, par suite de la restauration de la confusion mentale et de l'étude minutieuse qui a été faite de cette forme clinique, la description de Furstner s'est trouvée pleinement confirmée. Hansen, décrivant 49 cas de folie puerpérale, dont 42 avaient eu pour cause l'infection, a observé parmi ces derniers 40 fois le type de confusion mentale hallucinatoire aiguë. Dans les deux autres cas la maladie s'est rapprochée de la « manie hallucinatoire ». Quant aux 7 cas dans lesquels il a été impossible de découvrir des signes d'infection puerpérale, la maladie, au dire de l'auteur, a suivi une marche toute différente.

Le début des troubles psychiques dans la septicémie délirante est généralement brusque, presque sans prodromes. Ce sont tout d'abord des hallucinations terrifiantes auxquelles vient bientôt s'ajouter un délire violent, progressif, avec réaction motrice considérable. Le trouble mental est constitué de divers éléments qu'il convient d'analyser.

a. Hallucinations ;

b. Confusion dans les idées ;

(1) Furstner, Ueber Schwangerschafts und Puerperal psychosen. *Arch. f. psych. Berl.*, 1874-75, V, 505 (analysé in *Annales médico-psychologiques*, 1877).

c. Idées délirantes ;

d. Réaction motrice : excitation.

Les hallucinations, surtout les hallucinations de la vue, tiennent la place la plus importante et font ressembler la septicémie délirante aux délires toxiques. Ces hallucinations, de nature pénible, reproduisent la plupart du temps des scènes tragiques. Les visions d'incendie sont très fréquentes : le sujet croit voir des maisons en feu, il se figure être entouré de flammes ; ou bien même c'est une vision de l'enfer avec toutes les horreurs rêvées par son imagination. D'autres fois, la malade assiste à des batailles terribles, elle subit des agressions, ou de tous côtés se dressent des poignards. Toutes ces images se succèdent devant les yeux de la malade, suivant une comparaison courante, avec une rapidité kaléidoscopique. Les hallucinations de l'ouïe, les troubles de la sensibilité achèvent de rendre cet état particulièrement poignant.

La malade arrive bientôt à ne pouvoir plus faire un choix dans la multitude de ses sensations, elle n'est plus maîtresse de fixer son attention sur les objets du monde extérieur, la mémoire diminue et la malade en arrive elle-même à ne plus comprendre la raison de ce qu'elle voit. Cet affaiblissement intellectuel annonce la confusion mentale. Dès lors, les sujets se trouvent plongés dans un monde crépusculaire où se meuvent les fantômes de leur imagination. Leurs idées et leurs actes apparaissent incohérents car ils sont mobiles, comme leur état d'âme.

Les hallucinations ne vont pas sans susciter un délire dont les caractères le rapprochent du rêve. Ce délire est bâti tout entier sur les hallucinations, il ne fait que les expliquer et les compléter. L'intensité du délire est en raison inverse du degré de confusion mentale.

A titre exceptionnel, le délire de la septicémie puerpérale peut débiter par une phase à forme délirante systématisée à laquelle succède à brève échéance la confusion mentale. MM. Ballet et Roubinovitch ont tout d'abord attiré l'attention sur ces formes importantes à connaître pour le clinicien, car leur constatation dès le début pourrait faire dévier le diagnostic et écarter l'hypothèse d'infection au moment où il

est le plus important de la déceler. Dans le traité de Gilbert Ballet, M. Roubinovitch (1) cite le cas d'une malade atteinte de septicémie consécutive à un gros abcès du sein et chez laquelle les troubles mentaux initiaux ont consisté en un délire en apparence systématisé, mais au bout du troisième jour, le délire a pris l'aspect de la confusion mentale aiguë, et six jours après la malade mourut.

L'excitation génitale n'est pas un symptôme fréquent ni spécial au délire des nouvelles accouchées. Comme le fait remarquer Marcé, les gestes inconvenants et les propos obscènes apparaissent dans tous les états d'exaltation maniaque chez la femme. Les autres réactions motrices, mouvements de défense ou d'attaque, sont beaucoup plus fréquents et font parfois de ces malades des aliénées dangereuses.

Furstner décrivait trois périodes à la folie hallucinatoire des nouvelles accouchées. La première correspond à l'état que nous venons de décrire. Dans une deuxième période, l'agitation fait insensiblement place à la stupeur, tandis que les hallucinations persistent encore et peuvent pousser les malades à des actes violents. Pendant la troisième période l'état s'améliore peu à peu, à mesure que les hallucinations pâlisent, le calme et la lucidité reviennent insensiblement, et la malade entre en convalescence.

La succession de ces différentes périodes est loin d'être régulière et la mort peut en interrompre brusquement le cours. La première période peut ainsi constituer presque toute la maladie. La période de stupeur étant très courte et aboutissant rapidement au coma terminal. — D'autres fois, cette première période est au contraire très réduite. Après une courte période de grande agitation on voit la malade tomber dans un état de collapsus pouvant s'accompagner de rêvasseries qui ressemblent à celles des typhiques. Marcé désignait ces cas sous le nom de fièvre puerpérale à forme ataxique. Cette forme correspond à ce que M. Séglas (2) décrit sous le nom de confusion mentale cachectique, typhoïde,

(1) *Traité* de Gilbert Ballet, p. 336, et Roubinovitch, Congrès de Limoges, 1901.

(2) Séglas, *Leçons cliniques*, Paris, 1895, p. 185 et suivantes.

méningitique. Le facies rappelle celui des typhiques et l'amaigrissement s'accroît avec une rapidité effrayante. On voit apparaître des troubles vaso-moteurs, de l'inégalité pupillaire, des raideurs musculaires, des troubles trophiques, des eschares, et la mort survient souvent au milieu de ce complexe symptomatique qui ressemble à la fièvre typhoïde et à la méningite.

La durée de la maladie est variable. Quand la septicémie se termine par la mort, celle-ci survient généralement dans les quinze jours qui suivent l'accouchement, souvent plus tôt, dans les sept ou huit premiers jours. La mort est évidemment le résultat des progrès de l'infection.

Dans certains cas, l'affection se prolonge par suite de complications infectieuses, comme dans l'observation suivante, empruntée à Garcia Rijo, où on voit la malade, au cours d'accidents septicémiques, présenter, à un moment donné, de l'empatement de la fosse iliaque et finalement de l'infection des voies biliaires avec lithiasis surajoutée.

OBSERVATION

MARIANO GARCIA RIJO (OBS. VIII). — La nommée G. M..., âgée de vingt-deux ans, entre à l'asile Sainte-Anne avec le certificat suivant :

« Est atteinte de manie puerpérale et son état nécessite son transport dans un asile spécial, parce qu'elle trouble le repos des malades. »

Certificat immédiat. — Manie puerpérale avec excitation; loquacité et prédominance d'idées de persécution : On me fait mourir; laissez-moi me jeter dans l'eau. T. R. 39,3, P. 128. Langue rouge sèche.

13 janvier. — Matin, T. R. 38,8; soir, 40,4. Langue moins rouge; peu de sommeil la nuit; idées de persécution; on veut la tuer, on veut lui faire du mal; hallucinations; excitation tout l'après-midi; se disait dans l'eau.

On veut la faire mourir, on veut la brûler. Excitation la nuit.

Le 16, T. R. 39,2; P. 120. Soir, 39,4. Ce matin est moins excitée; pendant qu'on examine son pouls, prétend qu'on la brûle; a dormi la nuit. Ce matin, légère excitation; crainte de tomber dans l'eau.

Le 17, T. R. 38,2; P. 100; soir, 39,5. Est calme; prétend ne pas se souvenir de ce qui s'est passé; se souvient qu'elle a eu des frayeurs; voyait des ombres et des fantômes, des individus qui la menaçaient.

Ce matin, elle a encore dit qu'on la jetait à l'eau.

Le 18, T. R. 38,3; P. 100; soir, 39 degrés.

C. Q. Est atteinte de manie puerpérale. L'état de cette malade est grave et exigera plusieurs mois de traitement sans que l'on puisse, dès à présent, assigner une date précise.

Renseignements. — A eu deux enfants avec le premier amant et deux enfants avec le second (en tout quatre enfants). Les trois premières grossesses ont été bonnes, les enfants à terme; deux sont morts, le troisième a deux ans et demi, bien portant; la quatrième, petite fille à terme; grossesse bonne au point de vue physique et intellectuel.

Est malade pour la première fois.

Est accouchée le 23 décembre à Saint-Louis. Aurait eu des attaques de nerfs pendant l'accouchement et ayant cessé avec celui-ci.

Au troisième jour, elle s'est opposée à ce qu'on vaccine son enfant. Dans la nuit du septième au huitième jour : chants, cris. Craignait de tomber dans l'eau. Le mari la garda chez lui le huitième jour, pendant lequel elle a continué à crier, à s'exciter; elle voyait des individus dans la chambre, déchirait ses draps, les chemises, mais ne paraît pas avoir eu des impulsions. Est allée à Saint-Antoine.

Le père est mort phtisique.

La mère est bien portante.

Le 19, T. R. 38,2; P. 100; soir, 39,2. Physionomie meilleure, a dormi la nuit, garde-robes.

Le 20, T. R. 38,2. Soir, 39,4.

Le 21, T. R. 39,2. Soir, 41 degrés.

Le 22, T. R. 38,4. P. 104; soir, 40,2. Un peu de diarrhée la nuit; prétend brûler, crie au feu toute la nuit.

Le 23, T. R. 38 degrés; soir, 40,4. Voyait la chambre en flammes.

Le 24, T. R. 38 degrés. P. 84; soir, 40,1. Hallucinations, frayeurs, voit du feu, prétend brûler. Ce matin, est plus calme; prétend ne pas se souvenir de ses frayeurs.

Le 25, T. R. 38,1; P. 108; soir, 38,2. Diarrhée, selles fréquentes. Ce matin, cinq garde-robes.

Le 26, T. R. 38,4, P. 108; 40 degrés. Nuit plus calme; trois garde-robes dans la nuit.

Le 27, T. R. 38,1; soir, 39,2.

Le 28, T. R. 38,1; soir, 39,4.

Le 29, T. R. 38 degrés, P. 96; soir, 39,2. Est plus tranquille, dort paisiblement; physionomie meilleure.

Le 30, T. R. 38,1; soir, 38,3.

Le 31, T. R. 38,1; soir, 39,4. P. 108. A été tranquille la nuit; n'éprouve aucune douleur.

1^{er} février. — P. 108, T. 38 degrés; soir, 39,2.

Le 2, P. 112, T. R. 38,3; soir, 39,1.

C. Q. Manie puerpérale.

Cette malade, en voie d'amélioration, doit encore être maintenue.

Le 3, T. R. 37,4; soir, 39,2.

Le 4, T. R. 37 degrés; soir, 40,1.

Le 5, T. R. 38 degrés; soir, 40,2. P. 108.

Le 6, Fièvre; T. R. 39,2; soir, 40 degrés. P. 120.

Le 7, T. R. 39,2; soir, 40 degrés. P. 120.

Le 8, T. R. 39,3; soir, 40 degrés.

Le 9, T. R. 38,3; soir, 39,1. P. 104.

Se rappelle qu'elle se voyait entourée de flammes, apercevait les pompiers; dort bien maintenant; n'a plus d'hallucinations; ne se souvient pas des autres tentatives délirantes; urine claire, pas d'albumine.

Le 10, T. R. 39,2; ; soir, 39,3.

Le 11, T. R. 39,2; soir, 39,4.

Le 12, T. R. 39 degrés; soir, 38,4. P. 100.

Le 13, T. R. 38,3; soir, 38,2,

Le 14, N'a pas été prise.

Le 15, P. 120; 38,1; soir, 39,2.

Le 16, T. R. 37,3; soir, 38,5. P. 76. Le 2 février, 4 grammes, extrait mou de quinquina, vin de Bordeaux.

Le 17, T. R. 38,1; soir, 38,2.

Le 19, T. R. 38,3; soir, 38 degrés. P. 104. Hier est restée levée trois heures. A pu marcher seule. Transpiration abondante.

Le 20, T. R. 38,1; soir, 38,2.

Le 21, T. R. 38,1; soir, 38,2. P. 104. Bon sommeil; transpiration abondante; est restée levée deux heures.

Le 22, T. R. 38,1; soir, 38,2. P. 104. Bon sommeil.

Le 23, T. R. 38,1; soir, 38,2. P. 112, petit et régulier.

Le 24, T. R. 38,2; soir, 38,7.

Le 25, T. R. 38,4 ; soir 39 degrés.

Le 26, T. R. 39,2 ; soir, 40,4. P. 120. Malgré la fréquence du pouls et l'élévation de la température, la physionomie n'offre rien de particulier ; est calme, prétend ne pas souffrir ; elle a bien dormi. Hier au soir, elle a vomi après son dîner.

Le 27, T. R. 38 degrés ; soir, 39,1.

Le 28, T. R. 38,2. P. 116, petit ; soir, 40,4.

Tissus décolorés ; conjonctive très pâle ; maigreur ; faiblesse. On est obligé de la soutenir pour marcher.

1^{er} mars. — T. R. 38,1 P. 116 ; soir, 40,1.

Le 2, T. R. 38,2. P. 120 ; soir, 40,1. A vomi hier après son dîner, avait mangé un potage et un œuf.

Le 3, T. R. 38,4 ; soir, 39 degrés.

Le 4, T. R. 38,3 ; soir, 39,1.

Le 5, T. R. 38,1. P. 108. Elle raconte qu'en criant au feu elle croyait voir un baril de pétrole brûler chez un épicier ; elle a vu un incendie de ce genre étant jeune ; elle ne se souvient pas des autres idées délirantes. Transpiration abondante. Ne peut rester levée dans la journée. On n'entend rien de particulier à l'auscultation.

Le 6, T. R. 38 degrés ; soir, 40,1.

Le 7, T. R. 38 degrés ; soir, 37,3.

Le 8, T. R. 37,4 ; soir, 38,3.

Le 9, T. R. 39 degrés ; soir, 39,2.

Le 10, T. R. 38,3 ; soir, 38,4.

Le 12, T. R. 38 degrés, P. 104. Ventre un peu plus ballonné, mais moins douloureux à la pression. La région de la fosse iliaque reste empâtée.

Le 13, T. R. 38,2 ; soir, 39,3.

Du 13 au 23, la température oscille entre 38 et 39 degrés.

Le 24, T. R. 39,1 ; soir, 39 degrés.

Le 25, T. R. 39,4 ; soir, 40,2. Gonflement du ventre. Météorisme. Douleurs à la pression. Quelques vomissements.

Le 26, T. R. 39 degrés.

Le 27, T. R. 40 degrés ; soir, 39,3.

Le 28, T. R. 38 degrés ; soir, 40 degrés. P. 124. Subdelirium hier, dans l'après-midi.

Le 29, soir, 39,3.

Le 30, soir, 40 degrés. Physionomie moins abattue. Douleur moindre dans l'abdomen. Le gonflement a diminué. Selles abondantes le 29. Langue rouge.

Le 31, soir, 39,2.

1^{er} avril. — Soir, 38,4.

Le 2, soir, 39,1.

Le 3, soir, 38,3.

Le 4, soir, 39,3.

Le 5, soir, 39,4.

Le 6, soir, 39,3, P. 108 A pris hier du sous-nitrate de bismuth et de la tisane de riz. La diarrhée a diminué.

Le 7, soir, 39,4.

Le 8, soir, 40 degrés.

Le 9, soir, 40 degrés.

Le 10, soir, 39 degrés.

Le 11, soir, 39,3.

Le 12, soir, 39,1.

Le 13. Le ventre n'est plus tendu; il est souple et indolore à la pression; n'a plus de vomissements; sa diarrhée est arrêtée, une garde-robe tous les jours; pas de céphalalgie, ni de bourdonnements d'oreille.

1^{er} mai. — Ictère; teinte jaune généralisée.

Le 6. Cette malade, en bonne voie d'amélioration au point de vue intellectuel, sortira dès que son état physique le permettra. Elle ne doit point être transférée.

Examen du sang, fait par M. le Dr Hayem. — Voici le résultat de l'examen du sang de la malade (n° 24103) : globules rouges, inégaux, pâles; moyenne des dimensions au-dessus de la normale.

Nombre : 3 500 000, ne valant que 2 485 000 globules normaux.

Globules blancs : 17 700 (le chiffre normal oscille de 3 à 5 000).

C'est une anémie de moyenne intensité avec les caractères du sang de phlegmasies.

Cette malade est sortie complètement guérie au mois de juin, nous avons eu l'occasion de la voir au mois de septembre de la même année à l'hôpital Saint-Antoine, où elle est entrée pour un ictère symptomatique de coliques hépatiques.

L'affection peut aussi se terminer par la guérison. Celle-ci peut être complète au point de vue physique et au point de vue mental. Dans d'autres cas, la malade, en apparence complètement guérie, au point de vue physique, continue à délirer. Cela se produit surtout lorsque l'infection a frappé particulièrement le foie ou le rein déjà éprouvés par la gros-

sesse ou par des excès antérieurs. La persistance des troubles délirants doit alors être mise sur le compte de phénomènes d'auto-intoxication.

Mais il est permis de supposer que chez certaines malades, la continuation du délire est due à la persistance de lésions infectieuses chroniques du côté de l'appareil génital. Ces cas rentrent dès lors dans notre seconde catégorie et nous les retrouverons dans la suite.

DIAGNOSTIC

La confusion mentale hallucinatoire aiguë offre de grandes analogies avec la manie, le délire aigu, les délires toxiques, le *delirium tremens*, en particulier. D'autre part, la septicémie délirante doit être distinguée des autres délires puerpéraux : délire post-éclamptique et folie puerpérale proprement dite. De là, deux parties de ce chapitre :

1° Diagnostic de la forme mentale ;

2° Diagnostic avec les autres délires post-partum.

I

Certains auteurs se sont efforcés de trouver des caractères différentiels entre la manie et la confusion mentale hallucinatoire aiguë. En réalité, cette dernière est une forme mentale séparée depuis peu de la manie. C'est sous ce nom qu'étaient décrits autrefois les cas que nous envisageons aujourd'hui. Depuis quelques années, sous l'influence des idées de Krœpelin, on assiste au démembrement de la manie : on a vu déjà s'en détacher la confusion mentale, les délires toxiques, certaines formes de paralysie générale. Quant à la manie idiopathique, elle se confondrait avec la manie à double forme, ce serait la folie maniaque-dépressive de Krœpelin. D'autre part, la confusion mentale offre différents degrés. Dans sa forme la plus commune, elle se rapproche davantage de la stupidité. Or, c'est cette forme et non la forme aiguë que l'on oppose le plus souvent à la manie. Il existe cependant des différences entre cette dernière et la confusion mentale hallucinatoire aiguë. Dans la manie, l'incohérence provient de la multiplicité des idées délirantes, sans qu'il y ait obnubilation intellectuelle ; dans la confu-

sion aiguë, l'incohérence provient de la prédominance des visions hallucinatoires et de l'affaiblissement intellectuel. Ces nuances peuvent être saisies, en clinique, dans l'aspect des malades, dans leur attitude, dans les paroles prononcées. Enfin, la confusion hallucinatoire aiguë des nouvelles accouchées diffère surtout de la manie par les symptômes généraux graves surajoutés et par la marche de la maladie.

Le délire aigu pourrait être également confondu avec le délire de la septicémie puerpérale. De fait, le délire aigu, par ses caractères cliniques, se confond absolument avec la forme aiguë des délires infectieux ; il en diffère seulement par les conditions étiologiques. Le délire aigu a pour caractères essentiels d'être précoce et primitif. Le délire de la septicémie puerpérale, au contraire, est, en général, précédé des signes d'une infection locale ; de toutes façons, il est nettement consécutif à un accouchement ou à un avortement.

Enfin, la plupart des auteurs, à l'exemple de Marcé, ont signalé les analogies de la manie aiguë des nouvelles accouchées avec le *delirium tremens*. Sans doute, dans certains cas, comme on en a signalé en Angleterre, il s'agissait de véritables accès de *delirium tremens* survenant chez les nouvelles accouchées à la suite du choc traumatique de l'accouchement. En dehors de ces cas, le diagnostic est, en général, facile. L'absence de fièvre doit faire éliminer la septicémie délirante. Mais, dans certains cas, le *delirium tremens* s'accompagne de fièvre. On se basera alors sur les antécédents, sur la constatation des signes principaux du *delirium tremens* : le tremblement, les accès convulsifs, la prédominance des hallucinations de la vue avec zoopsie, l'odeur alcoolique exhalée par les malades.

II

a. Sous le nom de manie puerpérale, les anciens auteurs confondaient ensemble le délire de la septicémie et le délire post-éclamptique. Les caractères de ce dernier méritent d'être bien connus et d'être opposés à ceux du précédent.

L'éclampsie étant surtout fréquente au moment du travail, le délire post-éclamptique s'observe le plus souvent après l'accouchement : 12 fois sur 15 cas (Lallier), 31 fois sur 37 cas (Senleccq). Les auteurs précédents insistent sur ce fait que l'apparition des troubles psychiques n'est nullement en rapport avec la gravité de l'éclampsie.

Le début du délire post-éclamptique est généralement précoce, il éclate le plus souvent du deuxième au quatrième jour après la cessation des attaques. Parfois il survient immédiatement après le coma, ou, au contraire, beaucoup plus tard, vers le sixième ou huitième jour. Cette dernière date est rarement dépassée. On sait, d'autre part, que les accès d'éclampsie surviennent au moment du travail ou quelques heures après la délivrance, rarement plus tard, vers le troisième ou le quatrième jours après l'accouchement. C'est donc dans les premiers jours après l'accouchement, le plus souvent vers le deuxième ou le troisième jour des suites de couches qu'éclate le délire post-éclamptique. Celui-ci a, par conséquent, un début généralement plus précoce que le délire lié à la septicémie puerpérale.

Au point de vue clinique, le délire post-éclamptique se distingue également de la septicémie puerpérale à forme délirante. Le délire débute tout à coup par des hallucinations de la vue, puis viennent des hallucinations de l'ouïe. Beaucoup plus que le précédent, il se rapproche du délire alcoolique par le caractère des hallucinations; comme ce dernier, le délire post-éclamptique est essentiellement un rêve. L'hallucination constitue très manifestement le pivot du trouble psychique. Ce sont des états analogues que M. Séglas distingue de la confusion mentale sous le nom de délire hallucinatoire avec confusion secondaire. Dans cette forme clinique, dit M. Séglas, « il n'y a même pas de délire, car on ne peut guère appliquer ce nom aux interrogations que se pose la malade au sujet de ses hallucinations. De même, l'état de confusion mentale ne résulte pas d'une sorte d'affaiblissement des facultés, mais se présente surtout à titre de conséquence directe de la répétition presque incessante de troubles hallucinatoires qui, d'autre part, absorbent toute

l'attention de la malade et la distraient du monde extérieur. Quand ces hallucinations disparaissent, la confusion s'efface, et cette femme revient brusquement aux conditions normales d'existence dans le milieu où elle se trouve (1) ». L'évolution rapide est un caractère important du délire hallucinatoire post-éclamptique. La durée est de quelques jours, parfois même de quelques heures. Lallier ne cite que deux cas où la durée a été plus longue, et Senlecq évalue en moyenne de vingt à vingt-cinq jours la durée maxima de la psychose. Aussi le délire post-éclamptique nous apparaît moins comme un délire que comme un accès hallucinatoire, satellite d'attaques d'éclampsie.

Comme on peut le prévoir, le pronostic est relativement bénin. Dans tous les cas rapportés par Lallier (15 cas) la terminaison a été favorable. Sur 39 observations Senlecq relate 6 cas de mort. Celle-ci est généralement le fait d'une maladie intercurrente. La terminaison par la démence est exceptionnelle.

En somme, par son début précoce, par ses caractères cliniques spéciaux, par son évolution rapide et son pronostic bénin, le délire post-éclamptique diffère complètement de la septicémie puerpérale à forme délirante. Le diagnostic est plus délicat si la femme est en même temps sous le coup de l'infection puerpérale, et il devient difficile alors de distinguer la cause du délire. Senlecq (2) pense que bien des délires, résultant de l'infection, ont dû être attribués à des accès d'éclampsie. Voici un cas de ce genre où l'on retrouve réunis ces deux facteurs.

OBSERVATION V

(Communiquée par notre collègue PERPÈRE.)

Marie-Louise L..., vingt-quatre ans, domestique, entre à l'Admission le 26 octobre 1903, venant de l'hôpital Saint-Louis, avec le certificat suivant du Dr Auvard : « Atteinte de manie puerpérale; son état nécessite son transport à Sainte-Anne. » Le

(1) Ségla, *Leçons cliniques*, p. 450 et suivantes. — Farnarier, La psychose hallucinatoire aiguë. *Thèse de Paris*, 1899.

(2) Senlecq, Délire post-éclamptique, *Thèse de Paris*, 1896.

D^r Auvard ajoute : « Cette jeune femme présente une légère déchirure du périnée, avec surface bourgeonnante un peu septique, car elle y porte constamment les doigts. Il y a aussi une légère ulcération du col, le tout sans fièvre. »

27 octobre. — Certificat du D^r Magnan :

« Délire mélancolique avec hallucination, alternatives d'excitation et de dépression. Accouchée depuis douze jours. »

On apprend, par l'infirmière qui accompagne la malade, qu'elle est accouchée le 16 octobre d'un enfant mort-né, qu'elle a eu de l'albuminurie, a présenté des crises d'éclampsie (13 attaques le lendemain de son accouchement) et est devenue depuis quelques jours très agitée.

T. 37,8; le soir, 38,1. La veille au soir, 38,7.

Calme. Dort. S'alimente.

Quelques pertes séreuses louches. Déchirure du périnée en bon état. Sensibilité de l'hypogastre.

Col ramolli.

Traces d'albumine.

Régime lacté à peu près intégral, chocolat, légumes verts.

28 octobre. — Apparition de phénomènes d'excitation.

N'a pas dormi, a chanté toute la nuit. Se défend, en chantant, d'accusations confuses et imaginaires.

Impossibilité d'attirer son attention.

Constipation. Limonade purgative.

Pyramidon : 0,25.

29 octobre. — T. 39,3, le matin ; 39,5, le soir.

Même état d'excitation. Demeure cependant dans son lit.

Toux par intervalles. Auscultation très difficile : râles divers aux deux sommets ; matité au sommet gauche. Auscultation du cœur impossible.

Pyramidon : 0,50.

30 octobre. — T. 38,4, le matin ; 38,6, le soir.

Même état mental et physique.

Les pertes ne se modifient pas. Teint pâle. Aspect de plus en plus infecté et cachectique.

31 octobre. — T. 40,7, le matin ; 39,8, le soir.

Déclame par moments. Dort peu. Le plus souvent, stupeur.

1^{er} novembre. — T. 40,1, le matin ; 39,3, le soir.

Calme. Affaiblissement progressif. Stupeur.

2 novembre. — T. 39,1, le matin ; 39 degrés le soir.

Même état, gesticulations, cris.

3 novembre. — T. 39,1, le matin ; 39,5, le soir. Même état.

4 novembre. — T. 39 degrés, le matin ; 40 degrés, le soir.
Même état.

5 novembre. — T. 38,5, le matin ; 38,5, le soir.

6 novembre. — T. 38,7, le matin ; 40,2, le soir.

Affaiblissement mental et physique. Alimentation très restreinte.

7 novembre. — T. 40,3, le matin.

La malade succombe la nuit suivante, le 8 novembre, à 2 h. 50 du matin.

Autopsie, trente et une heures après la mort (1).

Utérus. — Encore volumineux : 165 grammes.

Le col est mou, déchiqueté. La muqueuse est rougeâtre, tomenteuse.

Le tissu musculaire est très pâle.

Ovaires normaux. — Dans l'intérieur des ligaments larges et principalement le long des bords de l'utérus, on note des trainées lymphangitiques avec, par places, d'assez nombreux petits abcès de la dimension d'un grain de blé et contenant un pus crémeux et jaunâtre. Cette lymphangite suppurée peut se suivre sur la paroi pelvienne et jusque sur la colonne lombaire, le long des vaisseaux utéro-ovariens. Les ganglions pelviens et lombaires sont relativement respectés.

Le poumon gauche a contracté par l'intermédiaire de la plèvre des adhérences anciennes l'unissant à la paroi costale et au diaphragme, et présente à son sommet une vaste caverne.

b. Bien différent aussi du délire de la septicémie est celui de la folie puerpérale vraie que l'on observe dans les asiles.

Cette dernière a un début plus tardif, elle apparaît plusieurs semaines après l'accouchement, souvent vers le deuxième ou le troisième mois. Le délire se constitue généralement d'une façon progressive, par apports successifs, au lieu d'apparaître brusquement, comme c'est le cas pour le délire de la septicémie.

Dans les asiles, on observe deux catégories de malades puerpérales : les unes sont des mélancoliques véritables, les

(1) Cette malade présentait en outre une inversion viscérale complète qui a fait l'objet d'une communication à la Société de biologie (séance du 21 novembre 1903), de la part de MM. Magnan, Perrière et Clayeux.

autres se rapprochent du type de la confusion mentale. Les premières diffèrent totalement des malades atteintes de septicémie délirante. Les secondes s'en distinguent également par leur état de confusion plus apparent, ces malades ont l'air égaré, étonné, leur parole est hésitante ; tandis que les confuses aiguës vivent dans un rêve pénible, celles-ci sont plongées dans un état de somnolence et paraissent vivre entre le rêve et la réalité ; l'agitation fait généralement défaut et souvent ces malades offrent l'aspect de la stupeur. Enfin les symptômes généraux graves manquent chez ces malades comme chez les mélancoliques.

Non seulement les malades atteintes de septicémie puerpérale délirante diffèrent par leur aspect clinique des confuses ordinaires et des mélancoliques qui constituent le type de la folie puerpérale, mais elles diffèrent encore par l'évolution de leur délire. Tandis que la folie puerpérale vraie dure plusieurs mois et parfois plusieurs années, le délire de la septicémie est essentiellement un délire transitoire destiné à disparaître par la guérison ou par la mort du sujet. Quand les troubles psychiques se prolongent après la cessation des phénomènes infectieux, le délire change de caractère et fait place à un état de confusion analogue à celui que nous venons d'indiquer comme représentant avec la mélancolie les types de la folie puerpérale.

Nous verrons bientôt, à propos du traitement, combien il importe de ne pas confondre ces malades avec des aliénées ordinaires et de ne pas les envoyer à l'asile où manque une installation suffisante pour les traiter comme il convient.

c. Enfin on ne doit pas confondre, comme on l'a fait souvent, le délire de la septicémie puerpérale avec certains délires septicémiques qui peuvent survenir d'une façon accidentelle à la suite d'un accouchement, mais ne relèvent pas de l'infection puerpérale. Une femme pendant sa grossesse peut être frappée d'une maladie aiguë, accoucher et présenter ensuite des troubles délirants ; de même une nourrice peut contracter une pneumonie, une fièvre typhoïde et consécutivement délirer. Dans l'un et l'autre cas l'accouchement et la lactation paraissent n'avoir eu aucune influence sur le

déout des accidents, et le délire apparaît comme le résultat de la maladie infectieuse intercurrente. Le terme de folie puerpérale appliqué à ces délires consacre une double erreur ; d'abord parce qu'il s'agit de délire symptomatique d'une septicémie ; en second lieu parce que cette septicémie n'est pas d'origine puerpérale. En réalité ces délires n'appartiennent ni à la folie ni à la septicémie puerpérale. Quelques exemples feront encore mieux ressortir l'opportunité de cette distinction.

Dans l'observation suivante nous voyons une femme, accouchée depuis deux mois et demi, chez laquelle les suites de couches ont été régulières, contracter la variole ; l'enfant prend la même infection et meurt. La mère est convalescente de sa variole lorsqu'éclate le délire à forme mélancolique avec confusion légère.

MARTIN (1) (OBS. III).

M^{me} X..., âgée de trente et un ans, fille d'une femme morte aliénée, a eu quatre enfants. Elle n'est pas mariée ; sa dernière couche date de deux mois et demi. Les suites en ont été régulières, bien que cette femme ait eu du frisson.

Elle allait à peu près bien lorsqu'elle contracta une varioloïde. L'enfant prit la même affection et mourut, le 13 janvier 1870.

La mère était convalescente de sa variole, lorsque, vers le 20 janvier, on remarqua que cette femme parlait tout haut dans son lit. Elle prétendait entendre des voix pendant la nuit, elle se levait et revenait se coucher, souvent elle se trompait de lit. D'abord c'était son fils aîné qui venait, disait-elle, lui parler ; puis des hommes l'accusaient de crimes imaginaires et voulaient lui crever les yeux. Au début, ce n'était que pendant la nuit que les voix lui parlaient ; plus tard elle les entendit aussi pendant le jour. Cette femme avait une peur constante et elle essaya à plusieurs reprises de se sauver de la salle de l'hôpital. Lorsqu'on lui parlait, ses réponses étaient nettes mais brusques. Elle devint de plus en plus triste. Cette femme avait déjà eu des accès de mélancolie lors de son premier accouchement et il paraît qu'elle était hystérique.

(1) Martin (P.-L.-J.), Considérations sur la folie puerpérale. *Thèse de Paris*, 1872.

Guérison au bout de deux mois (observation recueillie à une leçon de Béhier).

Chez cette malade on voit le délire succéder d'une façon très nette à la variole ; cependant certaines réserves sont à faire au point de vue du rôle de cette dernière car la malade était hystérique et avait déjà eu des accès de mélancolie lors de son premier accouchement.

M^{me} DE GORSKY (OBS. XXVII) cite un cas analogue : une femme contracte la variole au deuxième mois de sa grossesse et accouche d'un enfant mort-né ; l'observation ne dit pas à quelle époque de la grossesse. Le délire survient après l'accouchement ; la malade n'avait pas de pertes à ce moment-là. Il est fort possible que, dans cette observation, il s'agisse également d'un délire consécutif à la variole.

Ailleurs, c'est une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a été très vraisemblablement le point de départ du délire. Nous reproduisons, en la résumant, une observation de ce genre empruntée à la thèse d'un auteur, homonyme du précédent (1) :

Une malade, sans antécédents héréditaires, accouche le 15 avril ; les suites de couches sont normales. Le 25 avril, la malade a une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Elle est en voie d'amélioration quand le délire à forme maniaque éclate le 14 mai. — Le 8 juin, la malade a des attaques d'hystérie dont elle n'avait présenté jusque-là aucun symptôme. La guérison s'opère le 29 juillet.

Dans cette observation, il s'agit, par conséquent, d'un cas de folie rhumatismale développée chez une femme entachée d'hystérie. La coexistence de la névrose explique la forme maniaque du délire.

Nous avons observé un cas analogue concernant une malade du service de M. Magnan. Cette malade a fini par succomber à des phénomènes infectieux qui avaient eu pour point de départ une eschare sacrée. Ici la plaie du sacrum et l'infection surajoutée ont sans doute contribué à entretenir le délire.

(1) Mart'n (M.-G.-L.), Étude sur la folie puerpérale. *Thèse de Lille*, 1880.

OBSERVATION VI.

(Recueillie dans le service de M. le D^r MAGNAN.)

Marie R..., quarante ans, blanchisseuse, entre à l'asile Sainte-Anne le 12 octobre 1903.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de quatre-vingt-un ans, bien portant, n'est pas buveur.

La mère, morte à soixante-dix-sept ans, était hydropique.

Deux des frères sont morts, l'un, à quinze ans, de diphtérie ; l'autre, de fièvre paludéenne.

Les quatre autres frères et sœurs sont bien portants.

Pas d'hérédité connue.

Antécédents personnels. — D'après les renseignements de l'une des sœurs, cette malade ne buvait pas. Elle a toujours été d'un caractère très doux et elle était très travailleuse.

Cette malade a eu onze grossesses à terme et une fausse couche. Elle n'a jamais présenté de troubles délirants à la suite de ses accouchements, sauf cette fois-ci.

Quatre enfants sont vivants et très bien portants.

Tous les autres sont morts de méningite, sauf une fille, morte en couches à l'âge de vingt ans.

Pendant sa dernière grossesse, au commencement du mois d'août, R... a été prise de douleurs articulaires dans le bras et la jambe droits ; elle était à ce moment enceinte de six mois et demi environ. Elle a continué à souffrir depuis. Il y a trois semaines, au moment de son accouchement, la malade a été transportée à l'hôpital Cochin, où elle est accouchée d'un enfant de huit mois, mort-né. C'est la nuit de son accouchement que ses idées se sont embrouillées. La malade a accouché sans en avoir conscience et n'a pas gardé le souvenir de son accouchement. Le délire est apparu quelques jours après l'accouchement. La malade avait de la fièvre à ce moment-là.

12 octobre. — Au moment de son entrée on constate chez cette malade un état de confusion mentale avec hallucinations, cris la nuit, déclamations, propos sans suite. La malade présente en même temps des douleurs articulaires et une eschare au sacrum. Elle est gâteuse. Elle n'a pas de pertes et le ventre n'est pas douloureux. On pratique cependant des injections boriquées. T. 38,6.

13 octobre. — Les arthropathies affectent surtout le membre

inférieur et le membre supérieur droits. La pression détermine de vives douleurs ; il n'y a pas d'œdème, les troncs veineux ne sont pas perceptibles. — T. matin, 37,6 ; soir, 37,5.

L'état de confusion persiste pendant une dizaine de jours. Le délire est surtout nocturne. Dans son rêve, elle croit voir ses enfants, son mari : elle les appelle, ainsi que les veilleuses. Elle se réveille parfois en sursaut et crie comme une personne terrifiée. La température atteint 38 degrés le soir. L'eschare du sacrum suppure beaucoup.

26 octobre. — La malade, qui a été agitée la nuit dernière, raconte qu'au moment de s'endormir elle croit apercevoir des parents ou des amis près d'elle et alors elle se met à parler.

31 octobre. — Depuis une huitaine de jours, la malade va beaucoup mieux au point de vue mental. Les idées délirantes ont disparu et la malade répond très lucidement à toutes les questions qu'on lui pose. Elle ne paraît pas avoir d'hallucinations. Mais depuis deux jours les douleurs articulaires sont plus vives. La température se maintient au-dessus de 38 degrés. La malade a le faciès pâle, couvert de sueur. Elle a l'aspect des rhumatisants. L'eschare du sacrum continue à supurer ; les bords de la plaie sont décollés. T. matin, 38,5 ; soir, 39,6. On constate la formation d'un abcès au niveau de la grande lèvre droite.

1^{er} novembre. — T. matin, 39,8 ; soir, 39,4. L'abcès de la grande lèvre s'ouvre spontanément.

2 novembre. — La température commence à baisser. T. matin, 39,2 ; soir, 38,6.

Les jours suivants, la température oscille entre 38,4 et 39 degrés qui sont parfois dépassés le soir.

10 novembre. — Nouvelle ascension thermique. T. matin, 38,6 ; soir, 39,8.

Abcès de l'aîne ouvert spontanément.

12 novembre. — L'eschare du sacrum n'a pas progressé ; elle est plutôt en voie d'amélioration, mais la malade s'affaiblit de plus en plus. Elle n'a plus de délire ; elle est seulement inconsciente de son état. T. matin, 38,8 ; et le soir, 39 degrés.

13 novembre. — T. matin, 39,5 ; soir, 40 degrés.

14 novembre. — T. matin, 39,6 ; soir, 40 degrés. L'eschare du sacrum recommence à supurer.

Les jours suivants, la température dépasse 40 degrés le soir, la suppuration est très abondante, il se produit un décollement de tout le siège, le pus exhale une odeur infecte. La jambe droite

présente un gonflement considérable ne s'accompagnant pas de rougeur. La malade accuse des douleurs très vives au niveau des articulations de cette jambe.

La malade succombe aux progrès de la suppuration, le 19 novembre.

Dans d'autres observations, la fièvre typhoïde est en cause. Nous citerons, comme exemple, l'observation ci-dessous empruntée à la thèse de Martin. Chez cette malade l'époque tardive où survient le délire, c'est-à-dire plus d'un an après l'accouchement, démontre encore le rôle de la fièvre typhoïde.

MARTIN (*loc. cit.*, OBS. IX).

Accouchée heureusement le 4 novembre 1870, Marie C..., blanchisseuse, âgée de vingt-cinq ans, est entrée, le 20 novembre 1871, à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Saint-Antoine et au n° 12.

Cette malade semble au vingtième jour d'une fièvre typhoïde ; elle se plaint de courbature, de céphalalgie et d'insomnie. Le pouls est à 64 ; la température axillaire est de 36,4. Le 21 novembre, on purge cette femme, pour faire cesser la constipation qui existe chez elle depuis plusieurs jours. Le 27, la malade paraît excessivement faible ; elle a des éblouissements et des vertiges ; elle prétend ressentir des douleurs dans tous les membres ; elle a des palpitations et on trouve un bruit de souffle doux au premier temps et à la base du cœur. Elle semble avoir une dyspepsie très tenace et refuse avec persistance de se nourrir. On lui prescrit de la liqueur de pepsine.

Le 30, elle n'a presque rien mangé ; on ne peut lui enlever l'idée que si elle mange, elle sera plus malade et mourra. Le 1^{er} décembre, on a pu lui faire prendre du potage et du poisson.

Le 2, toujours dégoût prononcé pour les aliments.

Le 3, le facies est meilleur ; le goût est toujours perverti ; la malade accuse de vives douleurs des yeux, en regardant le jour. On la décide à manger un peu ; mais elle manifeste une continuelle répugnance pour les aliments ; elle remet toujours à plus tard pour manger.

Le 4, le pouls est à 56 ; la température à 38 degrés. La malade accuse des douleurs dans la bouche, le gosier, l'œsophage. Elle argue de cet état pour ne pas manger ou très peu manger. Elle

se plaint des dents, mais celles-ci sont très peu gâtées : pas de fluxion, pas de rougeur des gencives.

Le 5, le poulx est monté à 72 ; la température n'est plus que de 37,8. Elle a un peu plus mangé, mais elle se plaint toujours de douleurs dans la tête et lors de la déglutition.

Inertie physique et intellectuelle.

Le 25, vomissements, douleurs multiples, langue rougeâtre, semi-humide, non fuligineuse, dysphasie ; surexcitation nerveuse ; caractère devenu difficile ; moments de colère se rapprochant de la fureur.

Le 26, vertiges, éblouissements, courbature générale, insomnie.

Le 28, rétention d'urine, cathétérisme ; poulx, 66 ; température, 37,4.

Le 29, la malade persiste à refuser la nourriture. La rétention d'urine persiste. Troubles de la sensibilité qui est diminuée ; brouillards devant les yeux.

Le 30, la malade vomit.

Le 1^{er} janvier 1872, vertiges, nouveau vomissement.

Le 5, la malade ne dort toujours pas.

Le 9, cathétérisme, la malade ne peut uriner seule.

Le 11, depuis trois jours, les règles ont apparu et sont douloureuses.

Le 13, panaris à la main droite.

Le 14, anesthésie de la main, du bras, du front, du nez, des paupières, du voile du palais, du cou ; les troubles de la vision persistent.

Le 15, poulx, 68 ; température ; la nuit précédente, la malade a été très agitée et a déliré, elle a fui la salle, se sauvant en abandonnant son enfant. Remise dans son lit, elle a peu dormi et a continué à être très surexcitée. Le dégoût des aliments persiste ; vomissements, vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreille, rétention d'urine.

Le 19 février, son intelligence est toujours troublée ; elle parle à tort et à travers, ses idées manquent de coordination. Au mois de mars, elle offre toujours des troubles manifestes de l'intelligence, une perversion intellectuelle des plus accusés ; mais ces états morbides se présentent avec une intensité variable. Il y a comme des moments de calme et des périodes de véritable aggravation. Les troubles des diverses sensibilités sont encore très facilement constatables. Par moments, la malade ne s'alimente que fort peu,

soit par une sorte de dyspepsie, soit par une disposition intellectuelle qui lui fait refuser obstinément de se nourrir.

Ainsi, après quatre mois, quoique améliorée, et cela par instants surtout, la malade n'est pas du tout guérie et ne pourrait absolument pas rentrer de suite dans la vie ordinaire.

La tuberculose pulmonaire peut également revêtir une forme rapide à la suite d'un accouchement et provoquer un délire d'origine infectieuse. Cependant les observations où la tuberculose est incriminée ne sont pas toujours probantes. C'est ainsi que Hansen donne comme exemple de folie tuberculeuse l'observation suivante :

OBSERVATION VII (traduite de HANSEN).

Marie A..., vingt-quatre ans, célibataire, primipare, accouche un mois avant terme, à la Maternité, le 27 mai 1881. Déjà, le 30, elle commence à devenir confuse ; dans les premiers jours son état était très changeant ; tantôt elle était agitée et inquiète, tantôt tranquille et de temps en temps lucide. Le 4 juin, elle entra à l'hôpital municipal ; après quelques jours de confusion tranquille elle devint très agitée et, jusqu'au moment de la mort qui arriva le 20 juin, complètement confuse et continuellement hallucinée et la plupart du temps très agitée. Diagnostic clinique : délire aigu. Les symptômes somatiques étaient les suivants : le 29 mai, elle commence à tousser. Les jours suivants la température était irrégulière avec grandes oscillations ; au moment de son entrée à l'hôpital elle atteignait 40,6 et elle se maintint ensuite à 39, 40, 41 degrés. Le 12 juin, à l'examen du thorax on trouvait de la matité à la percussion et des râles sous-crépitaux au niveau du sommet du poumon droit ; le 15, on trouvait aussi quelques râles du côté gauche. Le septième ou neuvième jour après l'accouchement, les lochies étaient fétides ; aucun autre symptôme du côté du bas-ventre ; quelques jours avant la mort apparut un érythème violacé au niveau des deux bras et des tibias.

À l'autopsie : tuberculose caverneuse double, bronchopneumonie caséeuse double, pleurésie droite, dégénérescence graisseuse du foie, hypertrophie de la rate, ulcérations (tuberculeuses ?) de l'intestin grêle et du gros intestin.

Au sommet des deux poumons se trouvait une petite caverne à moitié remplie de pus avec des lésions ulcéreuses.

Sans doute cette malade a des lésions tuberculeuses et ces lésions sont constatées à l'autopsie, mais n'est-on pas frappé de l'intensité de la fièvre? Une température de 40 et 41 degrés même pour une forme aiguë de tuberculose est certes une température élevée; d'autre part, on a noté que les lochies étaient fétides. Il est donc fort probable que cette malade présentait en même temps de la septicémie puerpérale, et à ce point de vue elle doit être rapprochée de la malade dont nous avons supporté l'observation plus haut (Obs. V) et chez laquelle on a constaté également des lésions tuberculeuses du poumon accompagnant la septicémie puerpérale.

Quelquefois la lésion infectieuse qui a déterminé l'éclosion du délire est, en apparence, tout à fait bénigne. Castin (Obs. XXXIX) cite le cas d'une malade dont le délire est apparu sous l'influence d'un abcès dentaire.

CASTIN (*loc. cit.*, OBS. XXXIX).

M..., Louise, âgée de trente-quatre ans, admise le 14 mai 1899 dans le service de M. Magnan, qui diagnostique : Délire mélancolique avec hallucinations multiples. Idées et préoccupations mystiques. Idées de culpabilité. Excitation et violences.

Antécédents héréditaires. — Grand-mère paternelle morte d'une attaque d'apoplexie. Grand-père paternel mort de paralysie; les grands-parents maternels sont inconnus: les père et mère, sont bien portants.

Elle a un frère alcoolique.

Rien dans les collatéraux.

Antécédents personnels. — Enfance normale. Coqueluche à six ans.

Réglée à douze ans, très irrégulièrement, la malade s'est mariée à vingt-deux ans.

Pas de traces d'alcool ni de syphilis. Asymétrie faciale.

M... a toujours été nerveuse, irascible, impressionnable, pleurant facilement, parfois même sans raison (de l'aveu même de la malade); au moment des grossesses, l'émotivité s'exagère.

A vingt-trois ans, elle fait une première fausse couche sans accidents nerveux.

Elle a ensuite un enfant à vingt-quatre ans, qui meurt à deux ans d'une méningite.

Elle avait élevé son enfant au sein, sans aucun incident.

La malade a son 2^e enfant à 26 ans, placé en nourrice.

—	3 ^e	—	27	—	—
—	4 ^e	—	28	—	—
—	5 ^e	—	32	—	—

Une fausse couche de trois mois dans l'intervalle et enfin son sixième enfant à trente-quatre ans, vers le 13 avril 1899. Elle nourrit cet enfant au sein, se sentant bien, ne se trouvant pas plus énervée. Les quatre autres enfants, qui sont en nourrice, sont en bonne santé, n'ont jamais eu ni convulsions, ni mictions nocturnes.

Le lendemain 8 mai, la malade se rend à la consultation de l'hôpital Tenon : elle présentait un abcès dentaire, elle en revient un peu agitée ; le lendemain, elle y retourne pour faire arracher la dent, point de départ de l'abcès, mais le dentiste, par erreur, lui arrache auparavant une dent sans carie. En sortant, la malade se rend chez son père, et là, est en proie à une véritable crise nerveuse, puis, elle rentre chez elle et se met à gesticuler, à crier : « Elle était morte, enterrée ; elle se voyait environnée de cadavres, de diables ; elle apercevait, avec terreur, des flammes tout autour d'elle et se croyait damnée. »

Elle avoue à son mari une faute imaginaire, sans aucun fondement, qu'elle dit avoir commise dans sa jeunesse.

Le mercredi, on la conduit à Tenon et elle y est hospitalisée.

Le jeudi matin, elle est plus calme, se rend compte de son agitation des jours précédents et pleure. Le soir, elle se plaint d'avoir une bête dans l'oreille, parle de sa famille, de ses parents, et regrette d'avoir voulu leur faire du mal.

Le samedi suivant, 13 mai, elle présente manifestement l'intention de se suicider et tente de se jeter par la fenêtre, ce qui nécessite son transport à Sainte-Anne.

A son entrée, le 13 mai, elle est très agitée. M... a l'air effrayé ; hallucinée, elle se cramponne d'un air suppliant aux personnes qui l'approchent. Abcès dentaire.

On lui applique le traitement de l'alitement et on lui fait prendre 6 grammes de chloral, en la couchant. L'abcès est incisé. La malade dort de 9 à 11 heures, puis se met à déclamer.

16 mai. — La malade, le matin, est agitée ; elle continue à déclamer ou craint qu'on ne lui fasse du mal et réclame un prêtre.

17 mai. — La malade, à qui l'on administre 6 grammes de chloral en lavement, dort de 7 heures à 4 heures 30 ; au réveil,

elle présente de multiples hallucinations de la vue, se met à crier d'une voix stridente, rappelant celle du perroquet, et avec obstination : « Mais attendez donc!..., mais, attendez donc!... » ou bien : « Vive la France ! »

Elle cherche ses mots avec peine et s'en rend compte par instants : « Mon Dieu ! je ne me rappelle plus!... »

Ses mouvements sont désordonnés et elle repousse ses couvertures en remuant lentement les jambes.

18 *mai*. — La malade, malgré ses 6 grammes de chloral en lavement, a été très agitée la nuit : elle continue de déclamer des phrases incohérentes. La physionomie est contractée, l'air un peu anxieux. Elle ne peut rester tranquille dans son lit, rejetant ses couvertures.

Elle présente des positions bizarres, tantôt à genoux, tantôt allongée, la tête fléchie, tantôt les jambes pendantes à travers les barreaux de son lit, et, continuellement, elle pousse des gémissements inarticulés.

20 *mai*. — Le soir, même dose de chloral. Elle dort de 9 h. 1/2 à 4 h. 1/2, puis l'agitation reprend.

21 *mai*. — Calme ; a dormi le matin ; elle est un peu plus tranquille, mais elle répond peu aux questions posées. Elle est confuse. Son abcès dentaire va beaucoup mieux et commence à se cicatriser.

22 *mai*. — Nouvel abcès du côté droit (côté opposé), déterminant une élévation de la température : 38 à 39,5.

23 *mai*. — Matin : 38,5 ; soir, 39 degrés. État mental meilleur. La malade est relativement calme et tranquille ; mais l'intelligence et la mémoire sont encore obnubilées.

26 *mai*. — État actuel : Ce qui domine, c'est l'amnésie ; la malade ne se souvient ni des dates exactes de ses accouchements antérieurs (qui nous ont été fournies par le mari), ni de la date de son entrée, pas plus que celle de son accouchement qui a déterminé le début de son accès. Se souvient de sa table de multiplication, sait lire et écrire.

Elle dort et elle mange autant que peut lui permettre son abcès.

Plus d'hallucinations ni de délire, mais la malade n'est pas encore certaine de la non existence de ses hallucinations. A aucun moment de son délire, la malade ne présenta d'albumine dans ses urines.

Adéno-phlegmon à la face du côté droit.

7 *juin*. — La malade est tranquille et dort la nuit.

L'état de la malade s'améliore peu à peu d'une façon sensible.

L'auteur semble attribuer à cette lésion une influence secondaire. En réalité, comme on le voit par la lecture de l'observation, il ne s'agit pas d'une affection aussi bénigne qu'on aurait pu le croire tout d'abord, puisque la malade a consécutivement deux abcès dentaires, le dernier aboutissant à un adéno-phlegmon de la face. D'ailleurs, cet état s'accompagne d'une fièvre vive et la température atteint 39,5 à un moment donné.

Il est possible enfin que certains délires de la période puerpérale relèvent d'une grippe contractée dans les jours qui suivent l'accouchement, mais, avant d'admettre une semblable origine, il faut s'être assuré par un examen minutieux de l'absence d'infection puerpérale.

PRONOSTIC

La gravité de cette forme était connue des premiers observateurs. Nous voyons Macdonald (1), en 1848, s'exprimer de la façon suivante : « Quand le pouls s'élève à 120 pulsations et au-dessus, s'il est accompagné d'une grande chaleur, d'agitation, d'insomnie, de jactitation continuelle, de délire complet, d'incohérence de langage, sans intervalle lucide, on peut prédire un résultat fatal. Cette terminaison funeste est encore plus certaine si le cortège typhoïde vient s'y ajouter. »

Le pronostic de la maladie abandonnée à elle-même est effectivement fort grave, comme l'indiquent les statistiques des auteurs.

Garcia Rijo cite 8 observations de septicémie : sept fois l'affection s'est terminée par la mort. Dans une autre observation (Obs. VIII), la malade, après avoir présenté des températures élevées pendant trois mois et demi, présente des symptômes de coliques hépatiques avec infection des voies biliaires. Elle sort guérie un mois et demi après ces derniers accidents.

Lallier, sur 38 observations de délire lié à des accidents infectieux, relate 19 cas de mort. Deux autres malades, transportées à Sainte-Anne avec fièvre vive et état général mauvais, sont perdues de vue. Les autres cas se répartissent de la façon suivante : la terminaison n'est pas indiquée pour 4 cas ; 13 malades ont guéri. Parmi les 13 malades guéries, toutes n'étaient pas atteintes de septicémie grave : 3 entre autres étaient simplement affectées d'abcès du sein.

On voit par cet exposé combien la terminaison mortelle

(1) Macdonald, Puerperal insanity. *The Journal of psychological medicine and mental pathology*, 1848.

est fréquente par rapport au nombre des cas de septicémie non traitée.

Par contre, on peut améliorer le pronostic par un traitement actif institué dès le début des accidents infectieux.

Dans tous les cas de mort, cités par Lallier, aucun traitement n'avait été essayé. Parmi les cas de guérison nous trouvons, au contraire, 2 cas où l'on est intervenu : une fois, en pratiquant le curettage (Obs. LI) ; l'autre fois (Obs. LIII) en pratiquant des injections intra-utérines et l'ouverture d'abcès multiples.

Faure (1) cite trois malades chez lesquelles le traitement a été institué. Deux malades ont guéri au point de vue physique : l'une a guéri en même temps au point de vue mental ; l'autre est en voie de guérison au moment où l'auteur écrit sa thèse. Pour la troisième malade, l'état physique est à peu près bon au moment où l'auteur écrit, mais l'état mental n'a subi aucune amélioration. Il est permis de supposer que dans ce dernier cas, il persiste des lésions de l'appareil génital qui entretiennent le délire. Évrot cite l'observation d'une malade (Obs. I) chez laquelle il existait des phénomènes infectieux survenus peu de temps après l'accouchement. Ceux-ci sont traités par des lavages vaginaux et la guérison survient peu de temps après.

Bretonville (2) cite trois cas de métrite puerpérale aiguë traitée par curettage et écouvillonnage. La guérison est signalée pour un cas. Pour les deux autres cas, la terminaison n'est pas indiquée, mais l'opération est relativement récente et date seulement d'un mois au moment où l'auteur écrit. Les phénomènes infectieux ont cependant disparu.

L'efficacité du traitement dépend de l'intensité de l'infection et surtout du moment où il est mis en pratique. Si on intervient un certain temps après le début des phénomènes infectieux, il est souvent trop tard et on ne peut enrayer l'infection. A ce point de vue, les malades qui arrivent infectées dans les asiles se trouvent dans de très mauvaises

(1) Faure, *loc. cit.*

(2) Bretonville, Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales. *Thèse de Paris*, 1901.

conditions pour guérir et un traitement même radical n'arrive pas toujours à arrêter les progrès de la maladie. Une malade, dont nous rapportons l'observation plus loin (Obs. XII), est arrivée mourante de l'hôpital Lariboisière et a succombé à Sainte-Anne dans la nuit du même jour. Une incision exploratrice fut pratiquée le soir de son arrivée, mais il est évident que dans ce cas on avait trop attendu, et l'infection était trop grave pour pouvoir être combattue efficacement.

Les quatre observations qui terminent ce chapitre sont des exemples de septicémie délirante de gravité variable. La première de ces malades succombe quinze jours après le début des accidents malgré un traitement précoce et dirigé à la fois contre l'infection locale et générale. La deuxième est emmenée par sa famille vers le dixième jour de son infection. Cette malade quittant l'hôpital dans un état très grave et cessant de recevoir les soins appropriés à son état, a dû vraisemblablement succomber. La troisième, soignée pendant deux mois à la Maternité de Saint-Antoine, est sortie guérie après avoir présenté des localisations infectieuses multiples qui ont nécessité diverses interventions. La dernière, moins gravement infectée et traitée uniquement à l'aide de frictions de collargol, a guéri de son infection au bout de neuf jours, et quatorze jours après, elle sortait de Sainte-Anne également guérie au point de vue mental.

OBSERVATION VIII.

(Communiquée par M. le Dr BAR.)

G..., Marie, vingt-six ans, ménagère, entre à la Maternité de Saint-Antoine le 27 septembre 1901, à 7 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — La mère est morte paralysée. Le père est vivant et bien portant.

Antécédents personnels. — Crises d'épilepsie.

Deux grossesses antérieures, la première en 1877, la seconde en 1899, toutes les deux normales et suivies d'aucun accident.

Cette femme vient d'un service de médecine, elle présente de l'albumine dans ses urines.

Au moment de son entrée, la dilatation est complète et elle accouche cinq minutes après d'une fille vivante. La délivrance se fait naturellement à 8 heures du matin.

29 *septembre*. — 8 heures du matin : T. 39,4 ; lochies fétides. Albumine dans les urines. Toilette vulvaire : gaze iodoformée dans le vagin.

3 heures soir. La malade est calme. Le ventre est douloureux au palper. T. 40,2.

30 *septembre*. — T. matin : 40 degrés ; soir, 40,2. La malade divague lorsqu'on lui cause.

1^{er} *octobre*. — 8 heures du matin. La malade a très peu dormi cette nuit, elle souffre de mal à la tête. Le ventre est douloureux à la palpation. T. 39,8.

3 heures du soir. Même état. T. 40,2.

0^{sr},75 de quinine dans la journée.

2 *octobre*. — 8 heures. Ventre toujours douloureux. Organes génitaux en bon état. Lochies non fétides. T. 38,6.

3 heures du soir. T. 39,4

3 *octobre*. — État stationnaire. T. matin, 38,6 ; soir, 40 degrés.

4 *octobre*. — La malade divague lorsqu'on lui cause. L'état physique est semblable à celui de la veille. T. matin, 39,6 ; soir, 40 degrés.

5 *octobre*. — 8 heures du matin. La malade n'a pas beaucoup reposé cette nuit, elle accuse des maux de tête. Lochies légèrement fétides, couennes cervicales grisâtres. T. 39,4.

10 heures du matin. Écouvillonnage qui ramène très peu de débris. Injection intra-utérine de trois litres de permanganate de potasse à 1 p. 2000. Attouchement des couennes à la teinture d'iode. Tamponnement intra-vaginal à la gaze iodoformée.

3 heures du soir. Facies pâle, nez pincé. T. 40,2.

6 *octobre*. — 8 heures du matin. La malade continue à divaquer. Aspect général très mauvais. T. 39,6.

3 heures du soir. Même état. T. 40,2.

7 *octobre*. — 8 heures du matin. La malade va très mal. Le délire est très fort, elle s'est levée deux fois dans la nuit. L'aspect général est très mauvais ; la malade urine sous elle. Les couennes cervicales sont moins abondantes et moins grisâtres. T. 39,6. Pouls, 104.

11 heures du matin. Injection de 20 centimètres cubes de sérum de Marmorek. T. après sérum, 39,6.

3 heures du soir. Même état. La malade a beaucoup de

délire. T. 40,2; pouls, 108. Nouvelle injection de 20 centimètres cubes de sérum. T. après sérum, 40,1.

8 octobre. — 8 heures du matin. La malade a passé une nuit très agitée; l'aspect général reste mauvais. T. 39,2. Pouls, 104.

11 heures du matin. Injection de sérum de Mamorek. T. après sérum, 40 degrés.

3 heures du soir. La malade est plus fatiguée, le nez plus pincé. Elle urine toujours sous elle. L'urine a une forte odeur ammoniacale. T. 40,2. Pouls, 112; 1 centimètre cube de morphine.

9 octobre. — 8 heures du matin. La malade a passé une nuit très agitée; elle a des phénomènes convulsifs, la figure devient grimaçante et on constate de grands mouvements de tout le corps.

Le matin, la malade est calme et repose. T. 40,4; pouls, 130.

11 heures du matin. 20 centimètres cubes de sérum. T., une heure après le sérum : 39,8.

3 heures du soir. La malade est un peu agitée; les crises sont plus fortes. La malade se lève. T. 40,4; pouls 134.

4 heures du soir. Deuxième piqûre de sérum. T. une heure après, 40,2.

1000 grammes de sérum artificiel dans la journée.

10 octobre. — 8 heures du matin. Même état qu'hier. La malade est très indocile pour se laisser soigner. T. 39,4; pouls, 118.

11 heures du matin. 20 centimètres cubes de sérum. T. après le sérum, 40 degrés.

3 heures du soir. La malade est très agitée; cependant l'aspect général semble meilleur qu'hier.

4 heures du soir : 20 centimètres cubes de sérum. T. 39,8; pouls, 118; 1000 grammes de sérum artificiel dans la journée.

11 octobre. — 8 heures du matin. La malade a été très agitée toute la nuit. T. 36 degrés; pouls, 92.

11 heures du matin. 20 centimètres cubes de sérum. T. après le sérum, 38,8.

3 heures du soir. Même état. La malade est très agitée, elle urine et fait sous elle. T. 39 degrés.

4 heures du soir. 20 centimètres cubes de sérum. T. après le sérum, 38,8; 500 grammes de sérum artificiel dans la journée.

12 octobre. — 8 heures du matin. Même état. La malade est très agitée, ne parle pas. Aspect général mauvais. T. 38,6; pouls 120.

10 heures du matin. 5 centimètres cubes, injection sous-cutanée de térébenthine. T. après, 39,4.

La malade continue à uriner sous elle.

11 heures du matin. 20 centimètres cubes de sérum. T. après le sérum, 39,4.

3 heures du soir. Tout autour du point où a été faite la piqûre de térébenthine, œdème blanchâtre. T. 39,4; pouls, 104.

4 heures du soir. 20 centimètres cubes de sérum. T. 40,2.

500 grammes de sérum artificiel; 1 centimètre cube de morphine.

13 octobre. 8 heures du matin. Même état. La malade a passé une nuit un peu agitée. T. 40 degrés; pouls, 128.

11 heures du matin. Piqûre de sérum. T. une heure après, 39,6.

3 heures du soir. Depuis une heure de l'après-midi la malade est dans un état comateux, respire difficilement; le pouls est petit, filiforme, 128. — 500 grammes de sérum artificiel.

4 heures du soir. 20 centimètres cubes de sérum. T. après, 39,6.

8 heures du soir. La malade est de plus en plus mal; T. 40,6; pouls, 130. Le facies commence à se cyanoser, les lèvres et la langue sont sèches; les pupilles sont très dilatées, tout autour des yeux il s'est formé un grand cercle bleuâtre, le nez est pincé, la transpiration est abondante.

Minuit. T. 41,2; le pouls est incomptable. A partir de ce moment, la malade râle, les yeux sont vitreux, le pouls est à peine perceptible, les lèvres sont cyanosées, la respiration est très courte et stertoreuse.

1 heure du matin. Après quelques hoquets, la malade succombe, le 14 octobre à 1 h. 50 du matin.

OBSERVATION IX.

(Communiquée par M. le Dr BAR.)

C..., trente ans, ménagère, entre le 16 mai 1901 à la Maternité de Saint-Antoine.

Antécédents héréditaires. — Père mort de bronchite. Mère morte de suites de couches.

Antécédents personnels. — Deux grossesses antérieures sans incident. Un avortement de cinq mois.

Grossesse actuelle bonne; pas d'albumine dans l'urine.

Accouchement le 17 mai, à 2 heures du matin ; enfant vivant.

Délivrance spontanée à 2 heures 1/2 ; la malade perd du sang abondamment ; tamponnement utérin très serré à la gaze iodoformée.

21 mai. — Écouvillonnage pour lochies fétides et élévation de température ; drainage utéro-vaginal à la gaze iodoformée.

24 mai. — La malade a encore de la température ; lochies légèrement fétides.

25 mai. — Lochies légèrement fétides ; on fait un écouvillonnage et une injection intra-utérine à l'iode, drainage utéro-vaginal à la gaze iodoformée.

26 mai. — 11 heures du matin. Lochies abondantes non fétides, utérus gros, col largement béant, non douloureux. Pas de couenne. T. 40 degrés ; bain refroidi de 32 à 25 degrés T. après le bain, 40 degrés.

. 6 heures du soir. La malade ne souffre nulle part.

Toilette vulvaire ; injection intra-utérine de permanganate de potasse qui ramène beaucoup de débris de caduque. Tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée.

27 matin. — T. 40,2 {
27 soir. — T. 40,6 { avant bain refroidi.

La malade ne souffre nulle part. Lochies non fétides.

Écouvillonnage qui ne ramène rien.

28 mai. — T. matin, 40 degrés avant et 39 degrés après bain refroidi.

Le ventre n'est ni tendu ni douloureux. Rien au cœur, rien aux poumons. Les lochies ne sont pas fétides. La malade dit se sentir très bien malgré la chaleur mordicante des téguments. Albumine dans les urines.

3 heures soir. La malade se plaint de souffrir de la jambe gauche au niveau du genou. Cette région est un peu œdématiée, excessivement douloureuse à la plus légère pression ; la circulation collatérale est très apparente, les veines sont gonflées. T. 41 degrés. Enveloppement ouaté de la région douloureuse, 300 grammes de sérum artificiel.

9 heures du soir. La malade se plaint beaucoup de la jambe ; elle délire un peu.

29 mai. — 8 heures du matin : la malade a été très agitée et a eu du délire toute la nuit. La circulation collatérale du genou est un peu moins apparente, mais celui-ci est toujours tendu et douloureux à la moindre pression.

Nuage d'albumine. T. 40,4.

11 heures. Même état. La malade a toujours un peu de délire ; 10 centimètres cubes de sérum de Marmorek.

6 heures. La malade est un peu agitée, divague toujours. T. 40,8 ; 20 centimètres cubes de sérum de Marmorek.

30 *mai*. — 8 heures du matin. La malade a été agitée toute la nuit et a eu un peu de délire le matin ; elle divague encore un peu, dit que toutes les personnes qui s'approchent d'elle sont brutales. Le genou gauche est toujours gonflé et douloureux ; la cheville droite est œdématiée et au niveau de la face interne de la jambe, sur le trajet des veines, il existe une rougeur très vive.

Enveloppement ouaté pour le genou gauche ; compresses de sublimé pour la jambe droite.

5 heures soir. La malade a fait de la manie toute la journée ; tantôt elle crie très fort, croyant apercevoir un être imaginaire, autour de son lit ; tantôt elle pleure et dit qu'on est très méchant pour elle et que cependant elle n'est pas douillette ; les yeux sont hagards ; elle se cramponne aux barreaux de son lit ou à ses couvertures. Léger nuage d'albuminurie dans les urines.

31 *mai*. — 8 heures du matin. La malade a causé toute seule toute la nuit. Elle raconte qu'elle est guérie, qu'elle va partir et bien s'amuser ; sueurs abondantes.

10 heures. La malade est abattue ; la respiration est courte et oppressée, le regard presque fixe ; elle ne fait plus de mouvements ; la langue est très sèche ; sueurs abondantes ; 30 centimètres cubes de sérum de Marmorek.

Midi. Même état. La malade est toujours dans l'état comateux ; elle n'entend pas lorsqu'on lui cause et est absolument immobile.

3 heures soir. Même état comateux ; sueurs abondantes ; elle ne reconnaît pas les visiteurs. Langue sèche, respiration courte.

30 centimètres cubes de sérum de Marmorek ; 500 grammes de sérum artificiel.

6 heures. La malade est toujours dans le même état ; sa famille l'emmène malgré toutes les observations qui lui sont faites.

OBSERVATION X.

(Communiquée par M. le Dr BAR.)

Alice S..., couturière, entre le 7 avril 1903 à la Maternité de Saint-Antoine.

Antécédents héréditaires. — Parents morts tuberculeux.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure.

Première grossesse à vingt-six ans et demi ; accouchement à terme d'un enfant vivant.

Accouchée chez elle pour la deuxième fois le 29-mars 1903.

Vomissements pendant les premiers mois de la grossesse.

Pas d'albumine dans les urines au moment de l'accouchement.

Accouchée spontanément d'un enfant vivant ; la malade dit avoir eu une grande hémorragie qui fut arrêtée par une injection chaude.

Sur les conseils de son médecin elle est amenée à la Maternité de Saint-Antoine le 7 avril.

A son entrée, T. 38,8, P. 120 ; les lochies sont fétides, le ventre est très ballonné, peu douloureux. L'utérus est gros et mou, le col est ouvert dans toute son étendue ; le facies est pâle et grippé.

A 11 heures du matin, écouvillonnage qui ne ramène presque rien, injection intra-utérine à l'iode, mèche de gaze iodoformée dans le vagin, glace sur le ventre. La malade repose le reste de la journée. T. soir, 38,5 ; P. 120. A 10 heures du soir, elle est très agitée et a un peu mal à la tête.

8 avril. — Malade relativement calme ; ventre toujours très ballonné ; T. 38,7 ; frictions de collargol.

4 heures soir. T. 38,8, P. 124. Les lochies sont peu abondantes, mais purulentes. Toilette vulvaire ; mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

6 heures soir. La malade est très abattue ; le pouls est incomplet, le regard est fixe, la respiration à 48 degrés. Glace en permanence sur le ventre ; 500 grammes de sérum.

Minuit. La malade est très agitée et veut se lever, piqûre de morphine qui la calme.

9 avril. — 7 heures matin. Ventre aussi ballonné que la veille et très sensible. T. 38,4 ; P. 124.

A 9 heures 50, injection intraveineuse de collargol.

Soir, T. 38,6 ; P. 120.

10 avril. — État général meilleur ; ventre moins ballonné et plus souple ; lochies presque nulles et non fétides ; la malade ne délire que de temps en temps. T. 37,6. On continue la glace sur le ventre ; injection de 500 grammes de sérum.

4 heures soir. T. 38 degrés ; frictions de collargol.

6 heures. Léger subdelirium.

11 *avril*. — État général le même ; ventre comme hier, souple et peu sensible. T. 37,8. P. 120.

10 heures. 500 grammes de sérum et frictions de collargol.

4 heures soir. T. 37,8. P. 120.

A minuit la malade est prise subitement d'une agitation extrême ; elle veut se lever et ne veut voir personne autour d'elle. La face est très pâle, les yeux sont hagards. La malade délire et c'est à peine si on peut la maintenir sur son lit. Piqûre de morphine.

12 *avril*. — A 2 heures du matin, la malade est calme.

A 5 heures, elle est de nouveau agitée. Elle crie de toutes ses forces et chante jusqu'à 6 heures du matin ; puis à partir de cette heure elle est un peu plus calme.

8 heures. État général moins bon ; ventre plus ballonné et plus douloureux ; délire plus intense. T. 36,8 ; P. 114 ; R. 32 ; injection sous-cutanée de collargol.

Midi. Le délire continue, mais la malade est plus calme.

4 heures soir. La malade est agitée. T. 37 degrés ; P. 114.

7 heures soir. Malade très agitée. Morphine.

Minuit. La malade est très agitée et veut se lever. Délire intense.

13 *avril*. — 8 heures matin. État général sensiblement le même ; ventre un peu moins ballonné, mais très sensible ; le délire continue ; yeux hagards. T. 37 degrés ; P. 126. Injection de 500 grammes de sérum ; frictions de collargol ; glace sur le ventre.

4 heures soir. T. 38,2. P. 120. Malade très agitée.

10 heures. La malade est très agitée, veut se lever. Piqûre de morphine.

Minuit. L'agitation recommence, on est obligé de tenir la malade jusqu'à une heure du matin ; à ce moment elle parle très haut et chante ; elle ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, mais elle reste dans son lit. Cet état persiste jusqu'à 6 heures du matin, heure à laquelle elle sommeille.

14 *avril*. — 8 heures du matin. La malade continue à chanter et à crier très fort ; elle voit des animaux et des assassins qui veulent la tuer. Elle essaie de se sauver. T. 38 degrés. P. 120 ; injection intraveineuse de collargol.

2 heures soir. La malade, qui avait été calme après l'injection de collargol, est de nouveau agitée. Elle parle constamment

et prononce des mots incompréhensibles; elle chante et veut se lever.

4 heures soir. T. 38 degrés; P. 120. État général semble plus faible.

Minuit. Malade très agitée. Piqûre de morphine.

15 avril. — 8 heures matin. T. 37,4. Malade très abattue : elle dort. Eschares fessières; rougeur à la cuisse droite au niveau d'une piqûre de morphine.

Midi. Le délire est moins intense. La malade parle de ses enfants; le facies est moins pâle; les yeux sont moins hagards, le ventre est un peu ballonné et sensible.

10 heures soir. La malade est très agitée, veut se lever. Piqûre de morphine.

10 avril. — Même état. T. 37,4. P. 120. Les eschares saignent et se creusent. Les bras sont œdématisés au niveau des piqûres de collargol (pansements humides). La cuisse droite est très sensible; tumeur fluctuante, l'incision de l'abcès donne issue à un demi-verre à bordeaux de pus.

Soir. T. 37,8.

23 avril. — T. 38,8; P. 116. Il se forme au niveau du pli du coude du bras gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noix; l'abcès de la cuisse droite ne fournit plus de pus; on fait un pansement occlusif; la cuisse gauche présente une rougeur marquée.

Soir. T. 37,6.

24 avril. — État général meilleur. La petite tumeur du bras gauche est plus rouge, plus fluctuante et plus surélevée; la cuisse gauche présente un abcès qui tend à percer spontanément au niveau d'une piqûre de sérum. T. 39,6.

Soir. T. 37,4.

25 avril. — T. 38,6. Du pus s'écoule de la petite tumeur du bras gauche. Les eschares sont encore grises et saignent.

Soir. T. 37,8.

27 avril. — Nuit très agitée. T. 38,4, matin. La cuisse gauche est très sensible et la tumeur qui est un abcès est incisée; elle fournit beaucoup de pus; les eschares sont toujours très profondes et saignent chaque matin; des lambeaux de chair sphacélée tombent lorsqu'on fait les pansements.

Soir. T. 38,2.

30 avril. — Nuit très agitée. Délire de minuit à quatre heures du matin.

État général relativement meilleur.

L'abcès du bras gauche ne fournit plus de pus.

Celui de la cuisse suppure encore.

T. 37,4, matin et soir.

2 *mai*. — État général sensiblement amélioré ; il y a du subdelirium par moments, principalement le soir et la nuit.

Les eschares ont très bon aspect et ne suppurent plus.

L'analyse des urines ne décèle pas d'albumine.

T. 37,2, matin ; 37,8, soir.

4 *mai*. — Pas de subdelirium ce matin.

T. 37,6, matin ; 37,8, soir.

13 *mai*. — Les eschares fessières ont très bon aspect et se cicatrisent petit à petit.

Les bras sont toujours œdématisés, surtout au niveau de la piqûre de collargol où la peau surélevée forme une petite tumeur fluctuante de la grosseur d'un pois au niveau de chaque bras. On incise les petites tumeurs qui fournissent un pus noir non fétide.

Température normale.

1^{re} *juin*. — L'amélioration persiste. Les plaies des bras sont à peu près complètement cicatrisées. La plaie de la cuisse gauche ne suppure plus ; l'eschare sacrée est presque comblée. L'état général est excellent.

Température normale.

11 *juin*. — Les plaies sont cicatrisées complètement, sauf l'escarre qui ne l'est pas tout à fait. La malade part chez elle et reviendra se faire panser dans quelques jours.

OBSERVATION XI.

(Recueillie dans le service de M. le Pr JOFFROY.)

A..., trente-six ans, femme de ménage, entrée à Sainte-Anne le 28 janvier 1903, venant de l'hôpital Lariboisière et envoyée par le Dr Bonnaire.

Antécédents héréditaires. — Pas d'aliénés dans cette famille. Le père de cette malade buvait un peu.

Antécédents personnels. — Cette malade a eu la fièvre typhoïde ; le mari ne peut préciser à quelle époque.

Mariée depuis 5 ans.

Elle toussait tous les hivers, aurait eu quelques hémoptysies. Depuis son mariage, la malade avait une affection cardiaque qui

semble même antérieure à cette époque. Cette affection a été bien compensée.

Pas d'excès alcooliques.

C'est la première grossesse. Accouchement le 21 janvier dernier à l'hôpital Lariboisière. L'enfant est venu à sept mois et demi à cause de la bronchite de la mère. Il est vivant et a été mis en couveuse. L'accouchement a eu lieu sous chloroforme avec le forceps, le travail ayant duré vingt-quatre heures.

Trois jours après l'accouchement on ne remarquait rien d'anormal. Le quatrième jour, la malade a commencé à délirer ; elle a insulté son mari avec des phrases incohérentes et incompréhensibles. A Lariboisière, elle aurait voulu étrangler une infirmière. La malade avait de la fièvre.

8 janvier. — A son entrée, la malade présente l'aspect abattu d'une personne épuisée, elle donne avec peine quelques réponses, son âge : trente-cinq ans, mais ne peut dire en quel jour, ni en quelle année on se trouve. Elle ne sait pas depuis combien de temps elle est ici, croit être à l'hôpital, se rappelle qu'elle est mariée, mais se figure avoir eu plusieurs enfants, le dernier il y a trois ans.

Elle est triste et se met à pleurer, elle ne croit pas cependant avoir rien fait de mal ; elle ne se rappelle pas.

En somme, état de confusion avec délire mélancolique.

A l'examen : le col de l'utérus est largement ouvert et présente quelques déchirures. Le fond de l'utérus est vers l'ombilic. Les seins sont gorgés de lait.

Léger nuage d'albumine dans les urines. T. 38,6.

Traitement. — Frictions au collargol, lavement froid, purgation, ventouses scarifiées sur les reins.

29 janvier. — Elle dit être née en 1897 : elle a trente-sept ans. Elle est une méchante femme, elle a fait du mal, elle est égoïste. Elle ne veut plus faire du mal, mais elle veut expier ses fautes.

On lui fait sentir du caca, on lui a fait avaler des crachats. Elle entend un enfant crier.

Ce qui domine, c'est l'état de confusion.

Léger œdème des jambes.

Pâleur des téguments.

Pouls à 100, petit, mou.

Langue blanche saburrale, sèche.

Foie de volume normal.

Le cœur n'est pas hypertrophié ; rythme mitral.

Bruit de galop discutable.

Quelques râles sibilants disséminés.

30 *janvier*. — Agitée la nuit dernière ; elle s'est jetée sur une veilleuse et l'a frappée. Elle raconte par bribes la scène qui s'est passée la nuit ; on lui a fait des horreurs qu'elle a vues et senties ; cela sent encore l'odeur des matières fécales ; elle attend la police pour s'expliquer.

31 *janvier*. — L'état de confusion persiste : elle ne se rappelle pas comment elle est entrée à Lariboisière ; ne se souvient pas du moment où elle a accouché, elle ne sait pas ce qui s'est passé, on lui a dit qu'elle avait accouché d'un chat, d'un chien et non d'un enfant.

Elle raconte que tout le temps elle s'entendait appeler vache ! chameau ! Elle entendait aussi les gendarmes qui venaient la chercher. Une infirmière s'est approchée d'elle et lui a dit : « Qu'est-ce qu'elle est venue faire, cette espionne-là ; je n'ai pas besoin de cette sorcière-là ». Elle se sentait piquée dans les reins ; elle entendait quelqu'un qui disait : elle va se brûler les fesses.

4 *février*. — La malade pleure, disant qu'elle veut voir son mari, son enfant, elle veut s'en aller.

6 *février*. — La température, qui avait oscillé entre 37 et 38 degrés jusqu'au 5 février, est devenue normale. Aujourd'hui elle va bien mieux et réclame à manger. Son mari est venu la voir, elle a causé avec lui comme si elle n'avait rien eu.

20 *février*. — La malade se lève depuis quelques jours, s'occupe. Son mari la réclame et elle sort guérie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous laisserons de côté, dans ce chapitre, les lésions de l'utérus et de ses annexes, foyer primitif de l'infection. Il en sera de même des lésions du péritoine qui représentent également une localisation principale ou accessoire de la grande infection puerpérale. Ces lésions du péritoine, depuis la simple injection jusqu'à la péritonite purulente, sont extrêmement fréquentes et, dans un certain nombre de cas, elles ont été la cause de la mort. Sur 16 autopsies de septicémie délirante, les lésions du péritoine ont été signalées 11 fois par Lallier.

Nous désirons, au contraire, attirer l'attention sur les lésions viscérales multiples destinées à confirmer l'opinion qu'il s'agit bien d'une infection générale et non d'un simple trouble fonctionnel du cerveau. Dans les cas de septicémie pure, les lésions locales n'ont pas le temps de s'établir, tellement les accidents sont rapides, mais il est possible dans ces cas de retrouver le streptocoque dans les capillaires des divers parenchymes (foie, poumon, rein, etc.). Chez une malade, dont nous avons déjà rapporté l'observation (Obs. I), il s'était formé un foyer purulent au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Parmi les lésions de même nature signalées dans les observations de septicémie délirante, il faut citer les abcès métastatiques divers : Garcia Rijo (Obs. XIX) rapporte un cas avec phlegmon de l'avant-bras gauche. Dans une observation de Lallier (Obs. XLVI), il existait des abcès superficiels nombreux à la face postérieure du poumon droit, un abcès dans le foie et un abcès dans le lobe frontal de l'hémisphère droit. Chez une autre malade (Lallier, Obs. LIII), qui d'ailleurs a guéri, il s'est produit des abcès multiples : abcès du poignet droit, abcès au niveau de

l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, abcès du lobe gauche du corps thyroïde, abcès de la cuisse gauche, abcès de l'éminence thénar de la main droite. Une autre fois (Obs. XLV), il existait trois abcès métastatiques dans le poumon droit.

Du côté de l'appareil circulatoire, les lésions infectieuses sont également fréquentes. C'est ainsi qu'on trouve notés l'état du cœur : mou, pâle, blanchâtre, jaunâtre (Garcia Rijo, Obs. XXVI, XXIX *bis*, Lallier ; Obs. XLIII), l'inflammation des veines : phlébite de la veine crurale droite (Lallier, Obs. XXII), phlébite des veines crurales et iliaques primitives (Lallier, Obs. XXIII), phlébite de la veine fémorale (Garcia Rijo, Obs. XXIX *bis*). Enfin, dans deux cas, Faure a constaté la présence du streptocoque dans le sang.

Les reins sont tantôt congestionnés, tantôt gras, décolorés, blanchâtres, grasseux (Garcia Rijo, Obs. XXVI, XXIX et XXIX *bis* ; Lallier, Obs. XLIV, XLV, XLVI).

Le foie a été trouvé jaunâtre et grasseux (Garcia Rijo, Obs. XXIX).

Les poumons sont souvent congestionnés et présentent des infarctus dans leur intérieur (Lallier, Obs. XXXVIII et XXXIX).

Des exsudats ont été observés du côté des plèvres du péricarde avec injection des séreuses.

Les lésions les plus importantes sont celles que l'on observe du côté du cerveau et des méninges. Ces lésions sont très fréquentes. Nous les avons rencontrées dans les deux autopsies que nous rapportons. Sur 6 autopsies, Garcia Rijo a trouvé 5 fois des lésions méningées.

Ces lésions méningées consistent le plus souvent en congestion des méninges, infiltration sanguine, hémorragies punctiformes. Les deux observations suivantes nous fournissent des exemples de ces lésions. Chez la première malade, il existait une congestion intense des méninges montrant l'injection des ramifications veineuses les plus fines. Chez la seconde, il existait un épanchement sanguin très étendu entre la dure-mère et l'arachnoïde ; l'examen a montré qu'il s'agissait de pachyméningite hémorragique d'origine puerpérale.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Alexandrine Z..., âgée de vingt-sept ans, sans profession, entre à l'Asile Sainte-Anne, service de l'Admission, le 5 février 1902, venant de l'hôpital Lariboisière, avec le certificat suivant du Dr Bonnaire :

« Est atteinte de manie puerpérale, et son état d'agitation extrême la rendant dangereuse pour elle-même et pour son entourage, rend indispensable son transfert immédiat dans un asile spécial. »

D'après les renseignements du mari, elle est entrée à Lariboisière, le 27 janvier, sur les conseils de l'accoucheur qui lui a dit qu'il fallait provoquer l'accouchement (bassin rétréci). On l'a fait accoucher dans la nuit du 29 au 30 : accouchement provoqué ; forceps, basiotripsie, le tout a duré 16 heures.

Le 2 février, son mari l'a vue. Elle avait 38 degrés, elle était bien au point de vue mental. Le mari ne sait pas ce qui s'est passé depuis.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants ; pas de troubles nerveux dans la famille.

Antécédents personnels. — Mariée depuis neuf mois environ. C'est son premier enfant ; elle n'a jamais été malade, c'est la première fois qu'elle est nerveuse.

5 février. — Jour de son arrivée : T. 39,2 ; P. 106.

Langue un peu sèche et saburrale ; ventre non douloureux et lochies non fétides. Rien aux poumons,

Attitude mélancolique et hallucinations.

6 février. — *Matin.* La malade a mal dormi ; elle présente seulement un peu de confusion mentale ; pas d'idées délirantes. T. 39,8

Certificat immédiat. — Excitation maniaque avec hallucinations, craintes, frayeurs, cris, mouvements désordonnés.

Accouchée récemment. (Dr Magnan.)

Dans la journée. — La malade est relativement calme, elle prend elle-même du chocolat et du bouillon. Même attitude que le matin ; elle reste tranquillement au lit jusqu'au soir, sans délirer, seulement confuse.

Le soir, l'excitation maniaque a reparu ; la malade ne cause pas, elle cherche à se lever et à mordre, frappe avec le pied de tous côtés, marmotte, refuse de montrer la langue. T. 40,8.

Au point de vue physique : langue un peu saburrale. Le ventre

n'est pas douloureux; la malade perd un peu, les lochies ne sont pas fétides. Badigeonnage au collodion riciné. Injection vaginale matin et soir. Un peu de toux : expectorations hémoptoïques. Rien à l'auscultation.

7 février. — Le matin, la malade est plus affaissée; elle a refusé de prendre ce qu'on lui présentait. T. 39,8. Pouls fréquent, petit, irrégulier.

Le col entr'ouvert laisse écouler un liquide muco-purulent un peu fétide. Injection vaginale de 4 litres. M. Picqué est prévenu; il fait le diagnostic de septicémie puerpérale. Déchirure du périnée.

La malade est passée au pavillon de chirurgie.

Température du soir : 40,6.

Elle est opérée à 7 heures du soir : incision exploratrice.

Elle meurt le 8 février, à 2 heures du matin.

Autopsie, le 9 février 1902 :

Poumon œdématisé et congestionné. A l'ouverture du péricarde il s'écoule une grande quantité de liquide citrin.

Cœur : Le ventricule gauche est contracté; il contient un caillot jaune de fibrine qui se prolonge dans l'oreillette gauche; valvules normales. Le ventricule droit contient également un caillot fibrineux qui va dans l'artère pulmonaire et ses ramifications; muscle cardiaque normal.

Crâne : La bosse frontale très proéminente donne l'apparence d'un certain degré d'hydrocéphalie. Le cerveau paraît normal; les circonvolutions sont bien développées. Congestion intense des méninges qui montre l'injection des ramifications veineuses les plus fines. Ventricules dilatés contenant de la sérosité citrine. — *Cervelet* : rien de particulier, sauf la congestion veineuse des méninges.

L'*abdomen* présente sur la ligne médiane une plaie médiane suturée. Vergetures, déchirure du périnée allant jusqu'à l'orifice anal. A l'incision, on voit que les anses intestinales sont dilatées, mais il n'y a pas de péritonite. Quantité assez notable de sérosité dans le petit bassin.

Foie congestionné; la vésicule biliaire contient une petite quantité de bile jaunâtre.

Reins, petits, congestionnés. Vessie normale.

L'*utérus* est volumineux, il mesure 18 centimètres de longueur sur 12 de largeur. Le col est ramolli et par son orifice on voit sortir une mèche de tarlatane. En incisant la face antérieure, il

s'écoule un liquide sanguinolent et sanieux, et toute la surface utérine est cruentée.

Au niveau du col, ulcérations assez profondes et étendues. A droite, un orifice, grand comme une pièce de 50 centimes, laisse écouler du pus. Il conduit à une petite cavité purulente qui remonte le long du bord droit du corps utérin et qui est située au centre d'une induration, du volume d'un œuf de poule. Les annexes sont intactes (1).

OBSERVATION XVIII (personnelle).

Céline C..., 26 ans, cuisinière, entre le 31 mai 1902 à l'asile Sainte-Anne.

Cette malade est accouchée le 13 mai dernier, en avance de quinze jours à trois semaines. Accouchement facile d'une fille de 3 livres. — Pas d'albumine dans les urines.

Dix jours après l'accouchement, la malade n'avait plus assez de lait. Son enfant a été mise en nourrice deux jours après. Elle a commencé à délirer presque immédiatement avant le départ de l'enfant : elle voulait faire son testament, disait qu'elle était perdue, qu'elle avait un cancer dans le ventre, attrapé d'une femme soignée par elle deux ans auparavant. « Voilà le cancer, je l'ai sur le cœur, si ça me monte à la tête j'ai fini de vivre. » Elle voulait qu'on désinfecte toute la literie et par intervalles demandait un poison, puis en avait peur, craignait qu'on l'empoisonne, refusait de s'alimenter, tantôt pour cette raison, tantôt parce qu'elle prétendait que ça ne descendait pas. Elle croyait avoir contaminé son mari et les personnes qui la soignaient. Elle ne voulait pas en voir d'autres.

Conduite à Lariboisière, le 28 mai; on n'a pas de renseignements sur ce qui s'est passé à l'hôpital, elle n'aurait pas eu de fièvre pendant les suites de couches.

Antécédents héréditaires. — Père très nerveux; peut-être quelques excès de boisson.

Mère bien portante.

Trois autres enfants bien portants.

Pas de maladies mentales ni d'accidents névropathiques dans la famille.

Antécédents personnels. — Pas de maladie mentale antérieure.

(1) Pièce présentée à la Société d'obstétrique, séance du 20 mars 1902, et déposée au musée du Pavillon.

Cependant toujours nerveuse, assez emportée et très impressionnable. Caractère instable; se mettait facilement à pleurer; riait avec la même facilité.

C'est son premier accouchement; pas de fausses couches.

31 mai. — A son entrée à Sainte-Anne, la malade présentait un délire mélancolique avec hallucinations, idées hypocondriaques, excitation, loquacité, cris, refus d'aliments, insomnie. (Magnan.)

7 juin. — La malade est transférée à Ville-Évrard, dans le service du Dr Febvère. A ce moment, le Dr Febvère constatait l'état suivant :

Confusion mentale, ne permettant aucun effort d'attention, idées incohérentes de persécution, dérivant elles-mêmes d'une foule d'hallucinations et d'illusions. Insomnie. Résistance à l'alimentation.

État physique profondément altéré. Amaigrissement, anémie.

12 juin. — La malade est très troublée; elle ne peut faire aucun effort d'attention ou de mémoire.

Elle est profondément anémique.

Elle a en outre des pertes utérines.

17 juin. — Les pertes sont abondantes; l'état général est très mauvais. On constate une ulcération au niveau du col utérin. Le délire continue.

20 juin. — La malade entre au pavillon de chirurgie (service de M. Picqué). A l'examen on trouve un utérus en antéflexion légère à gauche.

25 juin. — On pratique le curettage. T. avant l'opération, 37,6. — Au moment de l'opération on constate de la vaginite exfoliatrice. Écoulement très abondant et jaune imprégnant les tampons placés après le lavage pour la préparation opératoire.

Le curettage ramène une quantité notable de débris. T. le soir de l'opération, 38,2.

Les jours suivants. — La température oscille entre 36,4 et 38,4.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Le délire continue; confusion dans les idées avec hallucinations multiples: la malade voit des personnes qui s'arrachent la tête, tout tourbillonne autour d'elle. Agitation continuelle.

8 juillet. — T. du soir, 38,6.

9 juillet. — T. matin, 38 degrés; soir, 39,4.

10 juillet. — T. matin, 39,1; on pratique un nouveau curettage: écoulement purulent peu abondant; la curette ramène peu de fragments; glycérine créosotée. T. du soir, 38,2.

11 juillet. — T. matin, 38 degrés ; soir, 38,6.

12 juillet. — T. matin, 37,6 ; soir, 38,2.

13 juillet. — La malade meurt subitement, à quatre heures du matin.

Autopsie. — *Pachyméningite hémorragique d'origine puerpérale, forme périvasculaire.*

Corps amaigri ; excoriations multiples au siège.

Les *poumons* sont congestionnés aux deux bases, mais perméables à l'air et ils ne présentent pas de tubercules.

Le *cœur* est flasque et surchargé de graisse ; son muscle est friable.

Dilatation du ventricule gauche qui contient du sang fluide et noirâtre ; pas de lésions valvulaires.

A droite le ventricule est dilaté et il ne contient pas de caillots, mais du sang fluide et noirâtre. L'aorte est uniformément jaune. A l'ouverture du thorax, il s'était écoulé un peu de sérosité pleurale.

Estomac et intestin normaux.

Le *foie* est volumineux, congestionné et gras.

La *vésicule biliaire* contient une petite quantité de bile décolorée ; pas de calculs biliaires.

La *rate* est petite et congestionnée.

Les *reins* sont petits et en dégénérescence graisseuse.

L'*utérus* mesure environ 6 centimètres. Son muscle est friable, sa cavité sanguinolente ; nulle part, de traces d'inflammation ni de suppuration.

Annexes, péritoine normaux.

A l'*ouverture du crâne*, du côté gauche, on remarque entre la dure-mère et l'arachnoïde un épanchement sanguin très étendu, mais ne faisant pas saillie du côté de la cavité crânienne. Cet épanchement se présente sous la forme d'un réseau à bandes larges et noirâtres entre les mailles duquel se trouve une substance fibreuse transparente. Ce réseau occupe le tiers moyen de la dure-mère et s'étend jusqu'à la faux cérébrale, le long du sinus longitudinal supérieur. La surface cérébrale de la dure-mère est lisse et brillante au-dessous de l'épanchement sanguin. Rien dans le sinus de la dure-mère, pas de thrombose. Les méninges qui recouvrent le cerveau sont œdématisées ; infiltration gélatiniforme. Elles se détachent aisément et ne présentent nulle part d'adhérences au cerveau. Le cerveau paraît normal. Les cavités ventriculaires contiennent une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien.

Le cervelet est congestionné au niveau de sa circonférence, et dilatation des veines à la surface du quatrième ventricule.

De même pour le bulbe et la moelle qui paraissent normaux. Il n'a pas été fait d'examen bactériologique.

Lallier cite une observation analogue de Olshausen (Lallier, Obs. XXXIX) où l'on a trouvé également de la pachyméningite avec hémorragies punctiformes sur l'hémisphère droit. Dans un cas de Motet, cité par Lallier (Obs. XIX), il existait de véritables phlébites des vaisseaux capillaires.

Pilat, cité par Lallier (Obs. XXXVII), signale également l'infection des méninges. Dans une autre observation, Lallier (Obs. XLIV) a observé un aspect louche des méninges, surtout le long des vaisseaux et de la scissure de Sylvius où elles étaient complètement opaques et de couleur laiteuse. Enfin, Lallier (Obs. XLV) rapporte un cas où les méninges étaient considérablement épaissies et où il existait de la méningite ancienne.

Ces lésions méningées permettent peut-être d'expliquer certains symptômes physiques, tels que l'inégalité pupillaire observée dans certains cas de confusion mentale hallucinatoire.

Les lésions du cerveau sont moins fréquentes et en général moins marquées que les lésions des méninges. Elles consistent en injection de la substance cérébrale, piqueté ou suffusion hémorragique.

Ces lésions méningo-encéphaliques n'ont sans doute rien de spécial à la septicémie puerpérale et elles peuvent se retrouver dans les autres septicémies, mais elles donnent peut-être un substratum anatomique à l'éclosion du délire dans les maladies infectieuses graves.

Toutes les lésions que nous venons de passer en revue ne sont pas de découverte récente. Elles avaient été consignées dans les observations avant la publication du travail de Marcé, et cet auteur, dans son chapitre d'anatomie pathologique, mentionne les lésions viscérales dont nous parlions plus haut : péritonite, métrite, ovarite et endocardite. Il mentionne de même les lésions inflammatoires encépha-

liques, épanchements purulents ou de couleur laiteuse sous l'arachnoïde, fausses membranes, inflammations des veines de la dure-mère ; ramollissements plus ou moins étendus du cerveau. Marcé distingue très justement ces cas de la manie proprement dite, car, dit-il, « ce n'est pas à l'état cérébral que la mort doit être attribuée ». « Si pendant la vie, ajoute-t-il, on a diagnostiqué un accès de manie, après l'autopsie l'erreur de diagnostic devra disparaître. » Malheureusement, cliniquement, ces faits étaient le plus souvent confondus avec la manie par Marcé lui-même. La raison en est que les cas de manie puerpérale mortelle — sauf ceux où une maladie intercurrente est survenue pour déterminer la mort, — sont symptomatiques de septicémie puerpérale.

TRAITEMENT

Nous n'avons pas à nous en occuper dans cette étude. Il se confond avec celui de l'infection puerpérale et le délire ne peut donner lieu à aucune indication nouvelle. Ce traitement est d'ailleurs exclusivement un traitement d'hôpital.

Déjà, en 1885, Donald Fraser se posait cette question curieuse, à savoir si l'on doit admettre, dans les asiles d'aliénés, les femmes atteintes de cette forme de maladie mentale. Il était d'avis qu'on doit les soigner plutôt dans les hôpitaux ordinaires. On pourra cependant traiter à l'asile les abcès du sein qui ne mettent pas directement en danger la vie de la malade. Pour tous les autres cas, le traitement à l'hôpital est le seul qui convienne. M. Picqué rapproche à ce point de vue le délire de la septicémie puerpérale des psychoses infectieuses d'origine chirurgicale et montre l'intérêt qu'il y a à traiter ces malades différemment des aliénés ordinaires : « on ne doit pas, dit-il, confondre les cas de folie puerpérale qu'on amène à l'asile avec les délires puerpéraux transitoires dus à la septicémie. Les uns sont bien des délires d'asile et arrivent seuls aux aliénistes ; les autres sont des délires d'hôpital. Ne voit-on pas l'intérêt considérable qu'il y a à les distinguer pour ne pas envoyer à l'asile et les traiter comme des aliénés, des malades qui doivent guérir à l'hôpital ou y mourir ? (1) » Trop souvent, malheureusement, des malades atteintes de septicémie puerpérale ont été envoyées, par erreur de diagnostic, à l'asile où pendant longtemps, malgré tout le dévouement des méde-

(1) Picqué et Briand, Des psychoses post-opératoires. *Archives de neurologie*, 1903, n° 87.

cins aliénistes, ces malades ne pouvaient recevoir tous les soins exigés par leur état. Aujourd'hui, grâce à la création d'un pavillon de chirurgie à l'Asile clinique et à l'excellente installation chirurgicale dont il dispose, M. Picqué peut intervenir utilement chez ces malades.

CONCLUSIONS

Par tout ce qui précède, on voit combien il est fâcheux de confondre, comme on le fait trop souvent, la septicémie délirante avec la folie puerpérale vraie. Par son mode d'apparition, par ses symptômes locaux et généraux, par les caractères spéciaux du délire, par son pronostic, par les lésions viscérales qu'on constate à l'autopsie, par l'heureuse influence d'un traitement s'adressant à l'infection, on voit bien qu'il s'agit d'une maladie générale dont le délire ne constitue qu'un incident secondaire.

DEUXIÈME PARTIE

FOLIE PUERPÉRALE PROPREMENT DITE

ENVISAGÉE SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DE LA PATHOGÉNIE).

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il existe un contraste frappant entre les malades précédentes et celles dont nous allons nous occuper. Chez ces dernières, le délire constitue *en apparence* toute la maladie. Avec elles nous pénétrons à l'asile ; c'est là où on les rencontre généralement. On les observe, au contraire, rarement dans les maternités où les femmes restent peu de temps après l'accouchement.

C'est sur la pathogénie de ces délires que se concentre tout l'intérêt de la folie puerpérale. En réalité, comme nous l'avons fait prévoir, le rôle de la puerpéralité varie suivant les cas, et le terme de folie puerpérale s'applique à des faits disparates. Il est nécessaire, par conséquent, d'établir diverses catégories parmi les malades.

I

Il convient d'éliminer tout d'abord un certain nombre de cas improprement qualifiés de folie puerpérale, ce sont ceux où les malades paraissent avoir déliré sous l'influence d'une cause étrangère à la puerpéralité. A propos de la septicémie puerpérale, nous avons déjà eu l'occasion d'isoler certains délires septicémiques qui peuvent survenir d'une façon incidente à la suite d'un accouchement. La même distinction s'impose à l'égard de la folie puerpérale ; nous avons en vue notamment les cas de paralysie générale coïncidant avec la puerpéralité. Comme les précédents, ces faits doivent être mis à part et on s'étonne même de les trouver signalés à propos de la folie puerpérale. On en rencontre cependant des exemples parmi les observations de folie puerpérale

publiées par divers auteurs. En voici deux cas empruntés, l'un à la thèse de Cortyl (1), l'autre à la thèse de Garcia Rijo (2).

CORTYL (OBS. XIV).

M^{me} Louise T..., tisserande, entre à l'asile Saint-Yon, le 20 novembre 1877.

Rien à noter dans ses antécédents, à part une fausse couche qu'elle fit étant enceinte de six mois. Un autre enfant est venu à terme et est âgé de près de trois ans. Six semaines après son accouchement, Louise T..., qui avait toujours joui d'une santé excellente, fut prise subitement de perte de connaissance pendant deux heures; lorsqu'elle revint à elle il n'y avait pas de paralysie. Le mari nous affirme que depuis cette époque, des changements se sont progressivement manifestés dans son caractère et son habitus extérieur; la mémoire s'affaiblit, elle éprouva un embarras de la parole qui alla toujours croissant, et du tremblement se manifesta dans les membres.

Le 16 novembre, Louise T... eut une crise très forte pendant laquelle elle perdit complètement sa connaissance, pour ne la recouvrer que 66 heures après. Depuis lors les troubles intellectuels sont beaucoup plus prononcés, la malade est incapable de se tenir debout et on est obligé de la porter sur le lit qu'elle occupait lorsque nous la vîmes pour la première fois.

Le 21. Elle était alors dans une agitation assez grande, la face était fortement congestionnée, la parole embarrassée et s'accompagnant d'un tremblement caractéristique des lèvres supérieures. Pupilles dilatées, sensibilité très obtuse aux deux avant-bras. Incohérence dans les idées. Aux deux mains, tremblement très prononcé et d'une nature toute spéciale, ressemblant exactement au tremblement qu'on observe dans la chorée, même impossibilité de coordonner les mouvements si, par exemple, on veut faire prendre à la malade une épingle placée sur les couvertures du lit. Louise T... est gâteuse.

Le 22. Agitation plus grande, la figure est couverte de sueur et on est obligé de maintenir par force la malade dans son lit.

Le 23. Un peu de calme.

Le 25. Louise T... se lève un peu et marche avec une très

(1) Cortyl, Étude sur la folie puerpérale. *Thèse de Paris*, 1877.

(2) Garcia Rijo, *loc. cit.*

grande difficulté. Elle répond assez clairement aux questions qu'on lui pose, mais la parole est toujours aussi embarrassée. Pupilles inégalement dilatées.

Le 28. Même état. L... prend une autre malade en affection. Elle se promène avec elle, car elle croit voir en elle une de ses sœurs. Marche toujours pénible.

Le 5 décembre 1877. Le mari nous fournit des renseignements assez précieux pour expliquer le début des accidents. Au moment de se marier, il présentait des accidents syphilitiques secondaires et contamina sa femme qui fut elle-même assez gravement atteinte.

Le 14. On nous fait voir l'enfant de la malade, qui lui-même nous présente d'anciennes lésions syphilitiques évidentes. La mère est toujours dans le même état et offre au complet tous les symptômes de la paralysie générale.

GARCIA RIJO (OBS. XIV).

La nommée B. R.... âgée de trente-quatre ans, entre à l'asile Sainte-Anne, venant de l'hôpital Temporaire avec le diagnostic de folie puerpérale.

Mariée depuis plusieurs années ; première grossesse bonne, accouchement, petite fille âgée de cinq ans. Devient enceinte pour la deuxième fois, grossesse marquée dès le début par le changement de caractère, diminution de la mémoire, devient négligente et indifférente ; on a noté également chez elle de l'hésitation de la parole. En même temps elle s'accusait d'avoir abandonné son mari, de l'avoir trompé d'abord, puis d'une maladie honteuse ; son mari croyait que c'était vrai et l'avait pardonnée. Avait menacé de se pendre, de se jeter à l'eau parce qu'elle devenait malade et qu'elle avait commis une faute. Quelques excès alcooliques (vulnérable). Accouchée le 28 novembre d'un enfant bien portant, elle entre à Sainte-Anne le 24 janvier 1879.

État au moment de son entrée. — Délire mélancolique avec idées hypocondriaques, chagrin ; son sang est changé en eau, prétend avoir des poux. « Je viens de Loureine où l'on me soignait pour un mauvais mal. Je sais que c'est trop tard. » Pleurs et lamentations. Pupilles inégales ; la droite est plus large. Pas d'hésitation de la parole. La mémoire paraît conservée et indique le mois et l'année.

28 janvier. — « Qu'est-ce que vous allez faire de moi ? Je ne

peux plus marcher ; je n'ai plus de sang. » Fautes imaginaires.
8 février. — Se croit déshonorée.

Le 28. Attitudes mélancoliques, tristesse, pleurs. État général bon. A la moindre question elle se met à pleurer.

18 avril. — Améliorée.

14 mai. — Plus tranquille, s'occupe régulièrement, paraît encore inquiète par moment.

19 juin. — Syncope étant à l'église, il y a quatre jours.

Le 20. Maux d'estomac, langue blanche, céphalalgie.

3 juillet. — Améliorée, travaille.

Le 25. Sort complètement guérie de l'accès de mélancolie et rentre de nouveau le mois suivant (août) dans un état complètement opposé ; de triste et réservée qu'elle était lors de sa première entrée, elle devient communicative et fait des actes contraires à la pudeur. Son caractère antérieur sérieux et rangé a fait place au libertinage, se livre à la prostitution ; depuis sa sortie fréquentait les bals publics et chantait ; abandonne quelquefois le domicile conjugal pour coucher ailleurs. Apparition des idées tristes et tentatives de suicide.

Deuxième entrée. — État actuel. — Va partir pour le Poitou chercher 15 000 francs chez le père de son mari qui va mourir. Il a deux jolis jardins. Son mari va rentrer chez les sergents de ville pour gagner davantage. « Elle gagne cent sous par jour. » Idées de satisfaction. Est plus forte et n'a jamais été aussi bien. Hésitation peu marquée de la parole. Pupille droite plus large. Insomnie, cauchemars, sensations diverses pendant le sommeil ; « on jette de l'eau dans son lit, s'enfonce, voit des voleurs ». Fourmillements dans les pieds et dans les jambes. Exagération à propos de tout : ainsi, elle vient d'avoir ses époques, du reste très peu abondantes, et vient nous dire qu'elle a fait une fausse couche accompagnée d'une hémorragie abondante.

Certificat. — Léger affaiblissement intellectuel avec idées de satisfaction. Parole légèrement hésitante. Crainte de paralysie générale. Déjà traitée. Fièvre.

Des observations analogues ont été publiées à propos des délires de la grossesse (1).

Dans tous ces cas, le délire doit être mis sur le compte de la paralysie générale et cette dernière est indépendante de

(1) Dubrisay, *Annales médico-psychologiques*, 1857, et de Gorsky, *loc. cit.*, obs. VI et VIII.

l'état puerpéral, puisque ces malades présentaient déjà des signes manifestes de paralysie générale au moment de leur accouchement.

II

Nous arrivons maintenant à une deuxième catégorie de sujets : ce sont les malades pour lesquelles la puerpéralité semble avoir été une occasion banale de délirer.

Parmi ces malades nous comprenons tout d'abord certaines alcooliques et certaines femmes atteintes d'une névrose : hystérie ou épilepsie. Les caractères du délire, d'une part, les conditions où il éclate, d'autre part : connexions vagues à l'état puerpéral, relations étroites avec les causes précédentes, permettent de supposer que la puerpéralité n'a joué ici qu'un rôle secondaire.

Pour prendre l'exemple de l'alcoolisme, on voit encore assez souvent, pendant leur grossesse, des femmes portées à commettre des excès de boisson dans le but de mieux supporter les fatigues de la gestation. D'autres s'intoxiquent pour oublier les chagrins d'un cruel abandon. Quelques-unes enfin prennent de l'alcool dans un but abortif. Toutes ces femmes se trouvent ainsi préparées à faire un délire alcoolique à la première occasion. Dans des conditions semblables, on conçoit que le simple choc traumatique de l'accouchement puisse provoquer un délire, comme cela arrive chez les opérés et chez les blessés intoxiqués par l'alcool. Une hémorragie abondante au moment de l'accouchement favorise encore l'apparition des troubles délirants. De même, chez les nourrices, l'alcoolisme n'est pas rare. Dans le but de lutter contre l'épuisement de la lactation, celles-ci ont une tendance à faire abus de fortifiants alcooliques. Alors, si l'épuisement est réel, si des causes déprimantes : des chagrins, des émotions viennent amener une sorte de perturbation organique ; si, d'autre part, la femme est entachée d'une névrose : hystérie ou épilepsie, si elle présente en même temps des tares de dégénérescence mentale, on voit le délire éclater. En pareil cas, quand le délire apparaît à une époque

tardive, lorsque l'acte de l'accouchement est passé depuis longtemps, il devient manifeste que la puerpéralité n'a été qu'une cause très indirecte. Il en est évidemment ainsi dans l'observation suivante, tirée de la thèse de Castin, où nous voyons le délire éclater, dix-huit mois après l'accouchement, chez une femme manifestement alcoolique :

CASTIN (OBS. XXXV).

R..., âgée de trente-sept ans, sans profession, entrée le 2 juin 1899.

La malade a eu quatre enfants. Le dernier avait dix-huit mois, lors de son entrée dans le service, et elle nourrissait encore.

R... était veuve depuis dix ans ; elle accouche dans une clinique puis est envoyée à X... (asile de convalescence pour femmes accouchées) ; elle y reste trois mois ; puis, comme elle est sans ressources, on la transfère à Nanterre, de là on doit l'interner.

Elle était persécutée, car on était jaloux de son enfant, « le plus beau de tous ». Hallucinations de la sensibilité générale. Insomnie. Alcoolisme. Rêves effrayants : bêtes, rats... Tremblement. Céphalée. Émotivité. Sein droit engorgé.

Le 1^{er} juin, M. Magnan établissait le certificat suivant : « Débilité mentale avec idées confuses de persécution ; excitation par intervalles », et, le 2 juin, le Dr Fevré constatait de la débilité mentale avec idées de persécution, hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, excitation.

A l'examen direct, nous trouvons une débilité très marquée : « Étendez la main. — Mais je n'ai pas la gale, répond-elle. » Elle ne se souvient pas de l'année de sa naissance, ni de l'année où nous sommes ; et, sur notre demande : « Trois fois trois ? » elle répond 36. Elle ne sait ni lire ni écrire.

Elle se rend incomplètement compte de sa situation, présente de l'incohérence. — Facies peu intelligent, aplati et large.

Lobule très marqué.

Léger myosis. Les pupilles réagissent.

Cauchemars : la malade voit des chiens qui sautent sur elle ; des rats avec des yeux brillants ; des vaches furieuses qui lui couraient après ; des malfaiteurs qui venaient lui faire du mal ; des flammes, des incendies, qui, pour elle, sont un signe de dispute pour le lendemain : « C'est un mauvais signe ».

Tremblement des mains et de la langue.

Crampes apparues pendant la grossesse, ainsi que des fourmillements.

Pituite, pyrosis, anorexie.

La force motrice et les réflexes sont normaux.

Bien que cette malade n'ait pas reconnu avoir commis des excès alcooliques, il est fort possible qu'il y ait eu dans la pathogénie de son délire un appoint alcoolique.

Nous signalerons simplement, pour les éliminer, certaines formes de neurasthénie déterminées par l'accouchement ou par les suites de couches (1). Ces troubles ne sauraient être assimilés à la folie puerpérale.

Chez les femmes atteintes de névrose épileptique, le rôle exclusif de cette dernière cause se déduit de la prédominance des phénomènes convulsifs sur les troubles psychiques. Ceux-ci n'existent parfois qu'à l'état d'ébauche et sont remarquables par leur brièveté. Nous relevons dans la thèse de M^{me} de Gorsky, un exemple typique de folie épileptique :

DE GORSKY (OBS. XVII).

(Communiquée par M. MAGNAN.)

Madeleine, femme Auv..., âgée de vingt-neuf ans, est entrée le 17 juillet 1886 dans le service de l'Admission.

C'est une épileptique ayant des impulsions homicides (accès hebdomadaires) et des hallucinations.

Cette malade nourrissait son enfant âgé de huit mois.

Renseignements du mari :

On observe chez elle des crises épileptiques depuis l'âge de douze ans. Elle eut une fièvre typhoïde il y a cinq ans.

Depuis cette époque on constate des vertiges accompagnés d'actes inconscients. Ces actes revêtent surtout la forme d'impulsions dangereuses.

Elle a frappé son mari d'un coup de couteau.

Elle a crevé l'œil à son enfant.

Elle a jeté un litre à la tête de sa mère.

Depuis quelques mois, les actes vertigineux sont beaucoup plus fréquents.

(1) Souleyre, Neurasthénies puerpérales. *Thèse de Paris*, 1898.

Les crises n'ont pas augmenté en nombre et n'ont pas changé de caractère depuis qu'elle allaite.

Elle est également débile. On n'a jamais pu l'utiliser à quoi que ce soit; elle ne sait absolument rien faire. Sait pourtant un peu lire et écrire.

Dans les derniers temps était devenue mélancolique, elle avait quelques idées de persécution vagues; elle voulait tuer son mari pour avoir de l'argent.

Continuelle tendance à boire. Elle avait vendu des draps de lit pour acheter du cognac.

Au point de vue héréditaire on ne connaît rien, si ce n'est qu'un frère est mort d'une tumeur blanche.

Un de ses enfants est mort à l'âge de six semaines dans l'espace d'un quart d'heure; il tenait encore le sein.

Les quatre autres enfants sont débiles, retardataires, blèsent; ils ont marché très tard et se développent mal. Tous ont eu des convulsions.

Nous avons observé à l'Asile de Vaucluse, une malade semblable et nullement débile. Cette malade présentait uniquement, comme troubles psychiques, des impulsions homicides vis-à-vis de son enfant; elle a eu d'ailleurs différentes attaques d'épilepsie pendant son séjour à Vaucluse.

OBSERVATION XIV (personnelle).

Clémentine L..., trente-huit ans, femme de ménage, entre à l'asile de Vaucluse le 10 février 1903.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort d'affection cardiaque. La mère est morte hydropique. Personne dans la famille n'a présenté de troubles mentaux.

Antécédents personnels. — La malade a eu la rougeole dans l'enfance. Depuis 1896, elle a des crises épileptiques; les crises sont surtout fréquentes pendant ses grossesses. On l'a traitée par l'iodure de potassium. Le matin, elle se réveille souvent avec de la céphalée.

Elle a eu six grossesses à terme et deux fausses couches.

Les quatre premières grossesses ont été normales et l'accouchement n'a été suivi d'aucun accident.

Pendant sa cinquième grossesse, la malade a eu la variole.

Elle est accouchée à terme le 22 février 1896. Sept mois après, en septembre 1896, au moment du sevrage, elle se trouvait très anémiée et se croyait enceinte à nouveau ; sous l'influence d'une impulsion, elle a essayé de se suicider en se donnant un coup de couteau à la tempe : le coup a produit une blessure sans gravité. A la suite de cette tentative de suicide, son mari l'a fait interner à l'asile de Vaucluse où elle est restée un mois environ ; elle est sortie de l'asile complètement guérie à la fin du mois d'octobre 1896.

Après cette grossesse, la malade a fait deux fausses couches, toutes les deux de trois mois, l'une en septembre 1900, l'autre en octobre 1901.

Pendant sa dernière grossesse, elle a eu cinq ou six crises d'épilepsie.

Elle est accouchée à terme le 3 janvier 1903 d'une fille vivante. L'accouchement a eu lieu à la Maternité et n'a été marqué d'aucun incident. La malade est rentrée chez elle le 15 janvier. Quelques jours après, vers le 20 janvier, elle allaitait son enfant lorsqu'elle a commencé à avoir de l'insomnie ; elle est tombée bientôt dans un état de dépression mélancolique avec impulsion au suicide et crainte de tuer son enfant. Elle a écrit au commissaire de police pour demander qu'on la protège contre elle-même, disant qu'elle voulait étrangler son enfant et se suicider ensuite.

Le 11 février, le lendemain de son entrée, on ne constate chez cette malade aucun trouble délirant. Elle nous confie par contre, spontanément, ses phobies et ses impulsions : « J'étais, dit-elle, comme poussée à me détruire. J'avais peur de faire du mal à ma pauvre petite en m'en faisant à moi-même. J'ai lutté beaucoup contre ces mauvaises idées, mais rien ne pouvait les chasser ; elles me poursuivaient malgré moi. D'ailleurs, ajoute-t-elle, depuis que je suis ici je me sens déjà mieux. »

Le 22 février, dans la nuit, la malade a eu une crise d'épilepsie. Cette malade a eu ultérieurement une deuxième crise pendant son séjour à Vaucluse.

A la fin du mois de février, la malade paraît revenue à son état normal ; elle n'éprouve plus les phobies et les impulsions pour lesquelles elle a demandé à être internée.

Le 8 mars, on constate en outre chez cette malade de la leucorrhée, due à de la métrite cervicale. Elle est envoyée au pavillon de chirurgie le 14 avril, et le 9 mai elle en revient guérie de son affection utérine.

Le 26 mai, elle sort en liberté, complètement guérie au point de vue mental et au point de vue physique.

L'hystérie donne lieu aux mêmes considérations. Cortyl rapporte dans sa thèse deux observations caractéristiques de folie hystérique consécutive à l'accouchement. Voici la première de ces observations :

CORTYL (OBS. XV).

M^{me} H..., âgée de dix-sept ans, entre à l'asile le 21 juin 1877, avec tous les symptômes de l'hystérie confirmée. Son accouchement avait été suivi d'une agitation très grande qui nécessita bientôt la séquestration. Durant la première semaine de son séjour à l'asile, les troubles allèrent croissant, et la guérison survint très rapidement. La malade sortit guérie le 18 juillet 1877.

Le rôle de l'hystérie n'est pas douteux quand le délire éclate à une époque tardive après l'accouchement, comme dans l'observation suivante de M^{me} de Gorsky, où le délire survient chez une malade, nourrice depuis vingt mois :

DE GORSKY (OBS. III).

Johanna, femme Schr..., âgée de quarante ans, ménagère, est entrée dans le service de l'Admission le 13 août 1883.

C'est une hystérique atteinte d'excitation maniaque avec des hallucinations de la vue. Ses idées sont très confuses et ses propos décousus.

Elle est turbulente la nuit; ses actes sont inconscients.

Elle est nourrice depuis vingt mois.

Ses seins fournissent du lait.

D'après les renseignements donnés par le mari, la malade s'est beaucoup occupée de littérature. Elle parle le français, l'allemand le norvégien. Son caractère est doux. Dans ces derniers temps elle était devenue autoritaire et disait : « il faut, je veux ».

Elle a eu 7 enfants.

Elle avait toujours eu le mal du pays depuis son arrivée à Paris, en 1872.

Une fausse couche il y a 4 ans.

Pendant qu'elle était enceinte de son dernier enfant, son mari,

pour la contenter, l'a envoyée en Norvège. Durant le voyage elle eut une première hémorragie, puis une seconde à son retour à Paris. L'accouchement, néanmoins, fut facile.

Elle passait ses soirées à écrire beaucoup dans sa langue maternelle, principalement des poésies. Elle serait connue en Norvège où elle a publié quelques-unes de ses œuvres.

Dans la nuit du 11 au 12 août elle s'est promenée, s'est mise au lit, puis s'est levée, elle n'a pu rester un seul instant en place. Elle sentait du froid, entendait les sonnettes des chevaux de son pays. Le matin, après s'être déshabillée, elle a retiré la chemise de sa petite fille et s'est précipitée dans l'escalier.

S'acquittait sans plaisir des devoirs du mariage.

Voulait boire du vin à 7 francs.

Parfois l'hystérie et l'épilepsie se trouvent associées et contribuent également à l'éclosion du délire (1). Ailleurs, la névrose est associée à l'alcoolisme et il devient dès lors difficile de décider lequel de ces deux facteurs a eu le rôle prépondérant.

Dans l'hystérie, comme dans l'épilepsie, les troubles psychiques peuvent, soit précéder, soit accompagner ou suivre les phénomènes convulsifs ou même les remplacer. Évrot soutient, en outre, cette opinion, déjà émise par divers auteurs, que chez les hystériques et chez les épileptiques, comme chez les éclamptiques, les phénomènes convulsifs et les troubles psychiques relèvent d'une même cause, l'auto-intoxication. M. Régis (2) a signalé, d'autre part, le caractère onirique du délire des névroses et son analogie avec les délires par auto-intoxications. C'est dans ce sens qu'il faut interpréter certaines influences invoquées par les auteurs comme causes de folie puerpérale et qui peuvent effectivement faire éclater le délire chez les sujets dont nous parlons. M. Toulouse (3) pense que l'allaitement prolongé, tout comme le sevrage brusque, doit probablement occasionner une auto-intoxication qui se traduit par des troubles intel-

(1) Voy. de Gorsky, obs. XXXI.

(2) Régis, Discussion sur les rapports de l'hystérie et de la folie. Congrès de Clermont-Ferrand, 1894.

(3) Toulouse, Psychoses puerpérales. *Gazette des hôpitaux*, 1893.

lectuels analogues à ceux que donne l'éclampsie. Il est possible également que les causes dites morales, les chagrins et les émotions amènent à leur tour des phénomènes d'auto-intoxication; l'ictère émotif, les troubles de la sécrétion intestinale occasionnés par la peur sont des exemples qui autorisent à penser de la sorte. Campbell-Clark signale l'influence nuisible que peut exercer une constipation opiniâtre par l'auto-intoxication qui résulte de l'accumulation des matières fécales. Un refroidissement peut également, d'après Campbell-Clark, troubler les sécrétions et amener des phénomènes auto-toxiques, mais parfois le refroidissement a un rôle plus actif en favorisant une infection. D'autres fois, la névrose a été mise en jeu par une intoxication d'origine externe : nous avons déjà parlé de l'association avec l'alcoolisme; on a encore signalé l'influence des inhalations de chloroforme au moment de l'accouchement. Enfin, comme pour les sujets alcooliques dont nous venons de parler, le choc traumatique de l'accouchement, une hémorragie post-partum peuvent également avoir une influence sur l'éclosion des troubles délirants.

Parmi ces causes adjuvantes, celles qui tiennent à l'état puerpéral ont, en somme, un rôle très effacé, puisqu'elles ne troublent pour ainsi dire pas les phénomènes physiologiques de la puerpéralité. Le délire lui-même passe au second plan, il ne constitue qu'un symptôme et se rattache à une affection plus générale : l'alcoolisme, l'hystérie ou l'épilepsie. Partant, dans ces différents cas, il s'agit plutôt de folie alcoolique, de folie hystérique et de folie épileptique que de folie puerpérale.

Mais le nombre de ces cas est relativement restreint et le plus souvent, même chez des sujets alcooliques, hystériques ou épileptiques, la puerpéralité intervient d'une façon plus active dans la pathogénie des troubles délirants. L'infection, notamment, peut avoir été, comme dans la plupart des cas que nous aurons à étudier par la suite, le point de départ du délire. Dans ce cas, il s'agit, non plus de troubles psychiques satellites d'attaques convulsives, mais d'un véritable délire. Il en était ainsi dans l'intéressante observation rapportée par MM. Séglas et Sollier au Congrès de Rouen, en 1890.

OBSERVATION RÉSUMÉE (1).

M^{me} G..., agée de quarante-trois ans.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de cancer de la langue, s'est suicidé. Avant sa maladie avait fait deux tentatives de suicide.

Mère morte d'une attaque de paralysie.

Antécédents personnels. — Cette malade s'est plainte autrefois d'une boule qui lui remontait à la gorge; elle aurait eu des attaques de nerfs. Elle a vécu depuis son mariage dans un milieu où l'on s'occupe de spiritisme.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie actuelle est lié intimement au dernier accouchement de la malade qui eut lieu le 24 août 1889 et d'une façon normale. L'enfant mourut au bout de quinze jours. Quant à la malade, quelque temps après l'accouchement, elle commença à souffrir dans le côté droit du ventre. Un abcès se forma, s'ouvrit au bout de deux mois, et ne guérit guère que trois mois après d'une façon complète.

Dans les premières semaines après l'accouchement, alors qu'elle souffrait déjà du ventre, elle fut prise d'un délire incohérent mystique avec hallucinations hypnagogiques dans les premiers jours. Plus tard, une quinzaine après l'ouverture de l'abcès, la malade commença à perdre la mémoire. Ces troubles sont devenus prédominants et très accentués.

Perte absolue du souvenir des faits succédant immédiatement à l'accouchement. Les souvenirs antérieurs à l'accouchement sont mieux conservés, mais cependant confus. En même temps, développement progressif des troubles moteurs du côté des membres inférieurs. A l'heure actuelle la malade est incapable de se tenir debout. L'examen électrique n'y relève rien de particulier. Sensibilité diminuée aux membres inférieurs, surtout aux jambes. Perte du sens musculaire et articulaire pour les jambes et les pieds, surtout du côté gauche. Diminution de l'odorat de ce même côté, rien pour la vue. Langage correct. La malade ne peut plus coudre, calcule très mal de tête, quoique caissière.

M. le P^r Joffroy (2), étudiant l'aptitude convulsive, estime également que chez les femmes atteintes d'épilepsie, la

(1) Observation publiée in extenso in *Archives de neurologie*, 1890. — Ségla et Sollier, Folie puerpérale, amnésie, astasie et abasie. Idées délirantes communiquées.

(2) Joffroy, De l'aptitude convulsive, *loc. cit.*

puerpéralité peut déterminer, soit par insuffisance rénale, soit par insuffisance hépatique, un état d'auto-intoxication qui devient la cause des troubles délirants.

Ce que nous venons de dire de l'alcoolisme et des névroses peut également s'appliquer à la dégénérescence mentale, avec cette réserve cependant, qu'à l'inverse des causes précédentes, la dégénérescence ne constitue pas une espèce mosographique. Toutefois dans ce cadre trop vaste, il est des cas où la dégénérescence mentale passe au premier rang et constitue pour ainsi dire toute la maladie. Le fait n'est pas douteux pour les sujets chez lesquels les troubles psychiques se réduisent à l'apparition d'obsessions et d'impulsions. Le cas de Marguerite Molliens, rapporté par Marcé, est connu de tout le monde. Cette femme fut prise, cinq jours après son accouchement, d'une impulsion irrésistible qui la portait à tuer son enfant. Un jour, elle sent son bras se porter involontairement vers un couteau. On l'enferme et elle guérit six semaines après. Ces faits sont intéressants à connaître au point de vue médico-légal, mais il est à noter que dans ce cas il ne s'agit pas, à proprement parler, de folie puerpérale. Ces symptômes ne constituent pas un délire, mais représentent simplement des stigmates psychiques de dégénérescence, suivant l'heureuse expression de M. Magnan.

Le rôle presque exclusif de la dégénérescence mentale est également incontestable à propos des sujets présentant déjà des troubles mentaux, en dehors de l'état puerpéral, comme dans une observation de M^{me} de Gorsky (de Gorsky, obs. XII) où, d'après les renseignements du mari, sa femme était simplement un peu plus folle qu'avant son accouchement.

Même en dehors de ces cas qui devraient être mis à part, il existe vraisemblablement des femmes, frappées de dégénérescence mentale, qui délirent à la suite de leur accouchement, sans qu'il y ait à proprement parler de troubles pathologiques. Chez ces femmes, comme chez des alcooliques ou des hystériques, le choc traumatique de l'accouchement, l'épuisement de la lactation, le sevrage, ont suffi à provoquer l'éclosion des troubles délirants. Mais ces cas sont-ils suffisamment nombreux pour être autorisé à dire que la folie

puerpérale n'est qu'un aspect délirant de la dégénérescence mentale? Telle est la question qui fait l'objet de ce travail.

III

Nous sommes ainsi amené à rechercher si, même chez ces malades dont la santé physique est *en apparence* satisfaisante, un facteur plus actif, un trouble pathologique tenant à l'état puerpéral n'a pas été la cause déterminante des troubles délirants. On peut prévoir déjà l'existence d'une troisième catégorie de malades, celles dont le délire est symptomatique d'une complication de l'état puerpéral. Il reste enfin à déterminer si cette nouvelle catégorie ne constitue pas le groupe le plus important.

Divers auteurs ont déjà défendu l'origine autotoxique de certains délires puerpéraux, en dehors des cas relevant de l'éclampsie ou de l'urémie. Des lésions du foie ou du rein, développées sous l'influence de la grossesse ou aggravées par cette dernière, peuvent effectivement provoquer un délire par auto-intoxication. Un certain nombre de délires puerpéraux post-fébriles ne sont autre chose que des délires d'origine brightique ou par insuffisance hépatique. Mais le plus grand nombre des délires autotoxiques éclatent pendant la grossesse et ne sauraient nous occuper ici.

Pendant les suites de couches, au contraire, l'infection est la complication la plus fréquente. Nous connaissons déjà la grande infection puerpérale et les troubles délirants qui l'accompagnent parfois. Il existe, d'autre part, une infection atténuée dont les accidents sont plus tardifs. Souvent les lésions infectieuses sont peu bruyantes et méritent d'être recherchées. On peut se demander, par conséquent, s'il n'y a pas coexistence fréquente de ces lésions avec la folie puerpérale. Chez les malades examinées à ce point de vue par M. le Dr Picqué, on trouvait le plus souvent des lésions de l'appareil génital et c'est là un fait sur lequel nous désirons attirer l'attention.

*
* *

La fréquence des lésions de l'appareil génital, chez les femmes atteintes de folie puerpérale, n'avait cependant pas échappé à un certain nombre d'observateurs.

Déjà Guido Weber (1), en 1870, sur 46 cas de folie puerpérale, avait trouvé 5 fois de l'endométrite, 2 fois de la paramétrite et 1 fois de la mammite ; mais l'auteur ne conclut pas relativement à l'influence de ces lésions sur l'éclosion du délire.

Furstner (2) (1875) dit avoir vu apparaître la folie puerpérale à la suite de paramétrites et d'endométrites très légères.

Campbell-Clark (3) (1887), le premier qui ait bien étudié la folie puerpérale d'origine infectieuse, sur 40 cas, a constaté 8 fois de la septicémie, et dans 10 autres cas, a noté diverses modifications inflammatoires, soit du côté de la matrice, soit du côté des régions voisines.

Un médecin aliéniste russe, Idanof (4), dans un mémoire présenté en 1892 à la Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou, signale parmi les causes de la folie puerpérale, non seulement la septicémie, mais encore l'endométrite septique, la paramétrite. Idanof place également, parmi les lésions infectieuses, la subinvolution utérine et insiste à juste titre sur l'importance de cette cause. Certains gynécologues (Scanzoni, de Sinéty) attribuent, en effet, l'involution incomplète à l'hyperplasie du tissu conjonctif et ils pensent que cette hyperplasie est d'origine inflammatoire. Idanof estime que, par suite de la subinvolution, « les produits de la métamorphose inverse peuvent être retenus dans la matrice et, si les circonstances s'y prêtent, servir de cause à l'auto-infection ».

(1) Guido Weber, Ueber mania puerperalis. *Allg. med. Centr. Zegt., Berl.*, 1870, XXXIX, 1037, 1049.

(2) Furstner, *loc. cit.*

(3) Campbell-Clark, *loc. cit.*

(4) Idanof, Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale. Rapport présenté à la Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou, publié in *Annales médico-psychologiques*, 1893.

La même année, Rohe (1) rapportait quatre cas de folie puerpérale liée à des lésions du vagin, de l'utérus et des annexes.

Évrot (2) (1894) est le seul auteur qui, chez nous, distingue nettement les délires de la septicémie puerpérale des délires liés à des infections moins graves de l'appareil génital. Mais cet auteur, se plaçant au point de vue plus général de la pathogénie des délires de la puerpéralité, ne fait que signaler ces lésions, sans indiquer la place qu'elles doivent occuper dans l'étiologie de la folie puerpérale.

Hobbs (3), en 1897, attire de nouveau l'attention sur les lésions des organes génitaux consécutives au puerpérisme. Il fait remarquer que si le simple développement physiologique ou le simple déclin des organes génitaux peut amener des troubles intellectuels chez la femme, à plus forte raison peut-il en être de même des lésions et des maladies de ces organes.

*
* *

Ces lésions de l'appareil génital, constatées par divers auteurs, nous apparaissent comme les témoins de l'infection qui a existé pendant les suites de couches. Parmi les infections puerpérales latentes qui peuvent être incriminées en pareil cas, les unes sont précoces et accompagnent la subinvolution utérine, les autres sont plus tardives et se traduisent par des manifestations à longue échéance intéressant l'appareil génital. « Le microbe, peu virulent, a pullulé dans les voies génitales, sans donner lieu à aucun symptôme digne d'attirer l'attention. C'est ainsi qu'on voit souvent une femme, plusieurs mois après un accouchement dont les suites

(1) Rohe, The influence of parturient lesions of the uterus and vagina in the causation of puerperal insanity. *The Journal of the American medical Association*, 16 juillet 1892.

(2) Évrot, Essai de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité. *Thèse de Lyon*, 1894.

(3) Hobbs, 1° Rapports de la folie et des affections pelviennes chez la femme. — Communication à la 65^e réunion annuelle de l'Association médicale de Grande-Bretagne, tenue à Montréal, septembre 1897; 2° De l'infection des plaies comme facteur causal de folie. *American Journal of Insanity*, juillet 1899, p. 89 à 94.

ont paru normales ou n'ont été marquées que par des accidents insignifiants, présenter tous les symptômes d'une métrite ou d'une salpingite parfaitement caractérisée (1). » Néanmoins, en pareil cas, les résorptions septiques se produisent de la même façon et cette infection sournoise, mais réelle, peut s'accompagner de troubles délirants tout comme une infection qui se serait traduite dès le début par des symptômes caractéristiques. Si l'on n'a pas l'esprit prévenu, on comprend que l'on puisse méconnaître l'origine du délire comme on méconnaîtra l'infection elle-même jusqu'au jour où les lésions seront devenues assez intenses pour se traduire par des troubles fonctionnels de quelque importance.

Ces derniers peuvent eux-mêmes ne pas attirer tout d'abord l'attention. Quelques élévations thermiques ont pu exister à un moment donné, souvent elles sont passées inaperçues, surtout si la femme avait repris la vie ordinaire lorsque l'infection a débuté; les suites de couches ont paru normales et le jour où éclate le délire, la santé physique de la femme est *en apparence* satisfaisante, sauf quelques symptômes vagues du côté de l'appareil génital : leucorrhée parfois insignifiante, douleurs sourdes dans le bas-ventre, troubles de la fonction menstruelle. Rien n'indique au premier abord l'origine infectieuse du délire. Il est nécessaire de recourir à l'examen gynécologique. C'est la plupart du temps pour avoir négligé de pratiquer un examen local que le délire a été mis uniquement sur le compte de la dégénérescence mentale.

Parmi les lésions révélées par l'examen de l'appareil génital, figure tout d'abord la subinvolution utérine. Le plus souvent cette lésion n'est pas recherchée, elle passe inaperçue ou bien, l'ayant constatée, on n'a pas cru devoir y attacher de l'importance. On doit cependant songer à la possibilité de l'infection lorsqu'un certain temps après un accouchement on trouve un utérus gros, avec un orifice entr'ouvert, une cavité utérine agrandie et des lèvres cervicales hypertrophiées.

(1) Labadie-Lagrave et Legueu, *Traité de gynécologie*, p. 571.

D'après Rohe, les lésions traumatiques de l'utérus et du vagin, les déchirures du périnée, produites au moment de l'accouchement, peuvent avoir été le point de départ de l'infection. Ces lésions méritent par conséquent d'être recherchées et d'être mentionnées dans les antécédents.

Pour Hobbs, les lésions de l'ovaire sont celles qui ont le plus d'influence sur l'état mental.

Dans nos observations, c'est la métrite puerpérale avec ou sans participation inflammatoire des annexes qui est le plus souvent en cause.

*
* *

Pour établir la démonstration de l'influence des lésions infectieuses sur l'éclosion du délire, on peut invoquer tout d'abord les résultats de différentes statistiques. Les auteurs qui ont examiné systématiquement les organes génitaux chez les femmes atteintes de folie puerpérale ont constaté la fréquence des lésions de ces organes. Cette fréquence ne saurait être l'effet d'une simple coïncidence.

a. Campbell-Clark, sur 40 malades atteintes de folie puerpérale, a noté dans 10 cas diverses modifications inflammatoires, soit du côté de la matrice, soit du côté des autres organes. Rapprochant ces cas de ceux de la septicémie puerpérale, cet auteur a trouvé que l'infection se rencontrait dans 50 p. 100 des cas de folie puerpérale.

b. Idanof, sur 50 malades examinées au point de vue gynécologique, relate 33 cas où l'on trouvait des lésions infectieuses. Sur ces 33 malades, 10 étaient atteintes de lésions infectieuses chroniques. Parmi ces 10 dernières, 6, lors de leur entrée à l'hôpital, paraissaient ne présenter aucune affection de la matrice, mais l'examen fait à l'hôpital démontra l'existence de la subinvolution. En joignant ces cas à ceux de septicémie, l'auteur trouve une proportion de 70 p. 100 pour l'infection.

c. Hobbs, sur 187 malades examinées au point de vue génital, en a trouvé 80 avec des lésions inflammatoires des organes pelviens consécutives aux invasions septiques survenues à leur accouchement.

d. Sur 14 malades atteintes de folie puerpérale et examinées au point de vue génital par M. Picqué s'en trouvaient 13 chez lesquelles il existait des lésions infectieuses chroniques.

On peut opposer à ces résultats les statistiques des auteurs qui ne mentionnent pas les lésions précédentes. Mais, comme nous allons le voir, on ne saurait tirer de ces statistiques un argument contre le rôle de l'infection. Si les lésions infectieuses, pourtant si fréquentes, sont passées inaperçues, il faut incriminer un vice dans le mode d'observation. Il est d'ailleurs facile de saisir la raison pour laquelle ces lésions n'ont pas été remarquées. Les auteurs en question se sont attachés surtout à rechercher et à mettre en relief les tares héréditaires, là se borne leur investigation; par contre, ces auteurs se sont contentés de recueillir des renseignements vagues sur les phénomènes des suites de couches, jamais l'examen de l'appareil génital n'a été pratiqué. Or, dans beaucoup de cas, comme le fait remarquer Idanof, ce dernier moyen seul peut donner des renseignements sur l'existence des lésions infectieuses. A ce sujet, Hobbs s'exprime de la façon suivante : « ce n'est le plus souvent que par une recherche faite systématiquement qu'on peut soupçonner l'existence de ces maladies chez les folles. Il faut un examen méthodique avec anesthésie du sujet ». Telle est la pratique suivie depuis plusieurs années par M. Picqué dans les asiles de la Seine. Les symptômes fonctionnels, au contraire, sont souvent peu marqués, parfois nuls; si l'on n'a pas l'esprit prévenu, si l'on ne les recherche pas par un examen local, les lésions infectieuses peuvent passer inaperçues. Comme le dit à son tour Évrot (1) : « L'invasion est souvent peu bruyante, la température ordinaire avec quelques poussées fébriles; il faut chercher la fièvre, prendre la température pour surprendre les brusques ascensions de la courbe; il y a quelques suppurations, souvent faibles, de l'endométrite avec écoulement plus ou moins purulent et douleurs lombaires. Dans cette forme, il faut donc avoir l'esprit prévenu. » D'autre part, Idanof insiste tout particulièrement

1) Évrot, *loc. cit.*

sur la recherche de l'involution utérine, parce que, dit-il, « cette forme peut facilement échapper à l'attention des psychiatres. Il arrive très souvent que cette affection ne se manifeste par aucun fait particulier ; on ne constate ni état fébrile, ni hémorragie lors de l'admission à l'hôpital de psychiatrie ».

Une autre raison pour laquelle ces lésions infectieuses sont souvent méconnues, c'est que, comme le fait remarquer Hobbs, les conséquences fâcheuses du puerpérisme n'arrivent souvent que plusieurs mois après l'accouchement. Ces lésions passent inaperçues lors d'un premier examen, tandis que l'infection existe déjà et a pu provoquer le délire. Pour cette raison, Hobbs émet le vœu qu'il y ait, sur les feuilles d'entrée des malades, une colonne de questions portant sur les organes de la reproduction.

D'autres fois, enfin, ces lésions passent inaperçues pour une raison tout opposée, parce qu'on voit les malades trop tard. Dans certains cas, comme le dit Idanof, les malades entrent à l'asile trois à quatre mois après les couches, de sorte que les résultats négatifs du tardif examen qu'on leur fait subir ne peuvent en aucune façon prouver que la subinvolution n'a pas existé antérieurement. Partant du fait que les auteurs précédents n'ont pas signalé de lésions de l'appareil génital, on ne saurait en conclure à l'absence de ces lésions puisque nous voyons Idanof lui-même avouer qu'une inadvertance a pu se produire au sujet de ses propres cas parce que, dit-il, « les psychiatres sont peu au courant de l'art pratique des accouchements ; ensuite, parce qu'il y a huit ans, notre attention n'était pas attirée de ce côté ». « Aussi, ajoute-t-il, j'ai pu très bien ne pas remarquer la subinvolution de l'utérus, ou plutôt négliger de la mentionner dans l'historique de la maladie. »

*
* *

Le fait d'avoir souvent constaté des lésions de l'appareil génital, chez les femmes atteintes de délire à la suite de leur accouchement, prouve déjà qu'il ne s'agit pas d'une

simple coïncidence. On peut même en déduire une relation de cause à effet. Les défenseurs de l'infection, Idanof en particulier, se sont appuyés sur cette seule constatation pour soutenir le rôle des lésions de l'appareil génital. Mais on peut faire valoir un nouvel argument basé sur l'influence du traitement appliqué aux lésions infectieuses sur l'évolution du délire. Si nous parvenons à établir que le traitement de ces lésions a sur le délire une influence favorable, guérison ou amélioration, nous aurons apporté une preuve nouvelle de l'origine infectieuse de la folie puerpérale.

Avant d'exposer nos résultats, nous allons indiquer ceux déjà obtenus à l'étranger par les auteurs qui se sont occupés de la question.

a. Parmi les 4 cas où Rohe est intervenu en pratiquant la laparotomie et en enlevant les annexes de l'utérus, deux fois la guérison des troubles mentaux survint au bout de peu de temps ; les deux autres fois, alors que la folie durait depuis cinq ans, il y eut une grande amélioration.

b. Hobbs a obtenu les résultats suivants pour les 80 femmes chez lesquelles il avait trouvé des lésions inflammatoires des organes pelviens. Par le fait du traitement chirurgical, presque toutes guérissent physiquement, et mentalement, 45 p. 100 guérissent, 25 p. 100 furent améliorées et 30 p. 100 restèrent stationnaires.

c. Nous avons obtenu pour nos malades les résultats suivants : 13 femmes délirantes ont été opérées par M. le Dr Picqué, toutes ont guéri au point de vue physique. Au point de vue mental, 7 ont guéri à la suite de l'opération (1), 2 ont été très améliorées et sont en voie de guérison ; la première de ces malades était délirante depuis plusieurs années, la seconde a éprouvé une amélioration rapide à la suite de l'opération et celle-ci datait seulement de vingt jours quand nous avons vu la malade pour la dernière fois, il y a tout lieu de compter par conséquent sur une guérison prochaine ; 4 malades n'ont éprouvé aucune amélioration au point de vue mental. Parmi ces 4 malades s'en trouvait une

(1) Nous discuterons plus loin à propos de chaque observation si cet heureux résultat doit être attribué à l'influence du traitement.

dont les lésions de l'appareil génital étaient très minimales : l'utérus était petit et le col présentait seulement un peu d'irrégularité au toucher ; le curettage n'a ramené aucune fongosité, le tissu utérin cependant paraissait sclérosé et criait d'une façon anormale sous la curette ; nous n'avons pas eu occasion d'examiner l'état du foie et des reins chez cette malade, mais il est probable qu'ici le délire tenait à une autre cause que l'infection génitale. Une autre malade était délirante depuis vingt mois lorsqu'elle a été soumise au traitement gynécologique, et dans le certificat de transfert le Dr Kéraval faisait le diagnostic de démence précoce consécutive à la puerpéralité ; pour ce cas l'insuccès du traitement au point de vue mental était d'ailleurs prévu. Chez une troisième malade le traitement a été appliqué sept mois après le début des troubles délirants et un an après l'accouchement ; dans ce cas encore il s'agit d'un traitement tardif ; or, comme nous le verrons tout à l'heure, l'efficacité du traitement dépend beaucoup de l'époque où il a été institué. Chez la quatrième malade les troubles délirants étaient de date récente lorsque le traitement a été appliqué, mais l'accouchement datait déjà de sept mois et demi ; il s'agissait d'ailleurs d'une femme avec des tares très prononcées et qui avait eu deux accès délirants antérieurs.

L'inefficacité du traitement dans un certain nombre de cas ne saurait être un argument contre l'origine infectieuse du délire. *A priori*, d'ailleurs, on sait que la nature d'une affection n'est pas jugée d'une façon rigoureuse par les résultats d'un traitement. L'exemple du tabes, pour lequel le traitement spécifique reste le plus souvent sans effet, en est une preuve évidente. De même, dans le cas présent, il est possible que l'infection, après avoir été la cause du délire, cesse à un moment donné d'être en relation avec ce dernier, les deux affections évoluant chacune pour leur compte. Hobbs attache une grande importance à l'époque où le traitement est institué. D'après lui, « beaucoup de cas qui sont devenus incurables auraient guéri si on avait fait un traitement gynécologique avant que la détérioration mentale fût complète. Par contre, quand on opère ces malades à temps, il y a une

amélioration dans l'état général et, s'il n'y a pas de maladie organique du cerveau, le plus souvent les facultés mentales s'améliorent parallèlement à l'état physique. Ainsi guérissent souvent des cas qui paraissaient désespérés ». Dans quelques cas, l'inefficacité thérapeutique doit être mise sur le compte de l'insuffisance du traitement. Sans doute, l'opinion de Scanzoni, prétendant n'avoir jamais vu guérir une métrite chronique, est exagérée. La métrite n'en est pas moins une affection dont la guérison complète est toujours plus ou moins longue et demande des soins minutieux. Dans certains cas, il est nécessaire d'essayer divers traitements avant d'obtenir un résultat satisfaisant.

Enfin, il faut tenir compte d'un élément dont nous avons déjà souvent parlé, la dégénérescence mentale. Son influence ne saurait être mise en doute. En présence de lésions relativement bénignes, cette notion devient nécessaire pour concevoir à la fois l'origine et la persistance de troubles délirants. Sans doute, en pareil cas, le cerveau représente le point faible de l'organisme, il doit être particulièrement sensible à l'action des toxines pour subir l'influence d'une infection légère et transitoire comme celle qui accompagne la subinvolution utérine. De même, si nous voyons certaines lésions de l'appareil génital porter toute leur action sur le cerveau, avant l'apparition d'autres symptômes fonctionnels, cette action élective doit être mise sur le compte de la prédisposition délirante. On peut enfin attribuer à l'état de dégénérescence mentale la raison pour laquelle, à la suite de l'impulsion première donnée par l'infection, le cerveau continue à délirer à une époque où les troubles autotoxiques, s'ils existent, demeurent inappréciables par nos moyens d'investigation.

Nous prenons ici le terme de prédisposition délirante dans son acception la plus large. Non seulement ce terme s'applique aux tares héréditaires et aux manifestations vésaniques antérieures à la maladie, mais il doit s'étendre encore à d'autres infirmités individuelles, comme la présence d'une névrose, l'existence dans les antécédents d'une maladie

infectieuse grave, comme la fièvre typhoïde (1), ou encore d'une intoxication habituelle, l'intoxication alcoolique en particulier. Au point de vue où nous nous plaçons, excès alcooliques et névrose interviennent comme terrain propre à favoriser l'éclosion des troubles délirants.

*
* *

Le rôle de l'infection étant établi, on peut se demander comment s'associent l'un à l'autre le délire et l'infection.

Le plus souvent, le délire apparaît quand les lésions infectieuses sont constituées. Comme ces lésions mettent souvent un certain temps pour se former, il n'est pas rare de voir le délire éclater deux ou trois mois après l'accouchement. A partir de ce moment, les deux affections suivent une marche parallèle.

Dans d'autres cas, le délire apparaît avant les premiers symptômes fonctionnels du côté de l'appareil génital. Ici le délire accompagne la période d'activité du processus infectieux. C'est dans ces cas surtout et pendant la période silencieuse de la maladie qu'il importe d'avoir l'esprit prévenu pour ne pas méconnaître l'origine du délire. Il peut même arriver chez ces malades que le délire disparaisse avant la guérison complète des lésions infectieuses, au moment où ces dernières tendent à passer à l'état chronique. Chez une malade observée à l'asile de Vaucluse, le délire à forme de confusion mentale a suivi une évolution semblable (Voy. plus loin Obs. XXI).

Enfin, quelle que soit l'époque d'apparition des troubles délirants, on peut voir dans certains cas le délire persister après la guérison des lésions infectieuses. Nous avons déjà signalé ces faits plus haut en indiquant comment on peut les interpréter.

*
* *

Une dernière question se pose à propos de l'infection, à savoir comment doit être interprété son rôle au point de vue

(1) Sur 14 malades, nous avons noté 5 fois l'existence de la fièvre typhoïde dans les antécédents.

pathogénique. On peut admettre à ce sujet la distinction formulée par M. Ballet (1) à propos du délire alcoolique chez les dégénérés. Comme l'alcool, l'infection agit suivant deux modes différents : 1° Dans certains cas, elle détermine un délire infectieux proprement dit, caractérisé au point de vue clinique par le syndrome confusion mentale. On peut s'étonner à ce sujet qu'une infection souvent légère ait une influence aussi marquée, mais il faut tenir compte en pareil cas de la persistance du foyer infectieux, de la continuité de son action. La notion de durée doit remplacer ici celle d'intensité ; si les agents pathogènes sont faibles leurs attaques sont multipliées et en définitive le résultat est le même. 2° Dans d'autres cas, sans doute quand l'infection est très légère et l'état de dégénérescence mentale très marqué, l'infection intervient seulement pour mettre en action la dégénérescence mentale et provoquer un délire de tous les points semblable au délire des dégénérés. Seules, les conditions particulières où est né le délire et les conséquences thérapeutiques qui en découlent méritent d'attirer l'attention. Dans l'un et l'autre cas peut-être faut-il admettre, comme le fait M. Klippel pour la démence précoce, une action élective sur le neurone, action dynamique sinon destructive.

De tout ce qui précède on peut tirer la conclusion suivante : L'infection a dans l'étiologie de la folie puerpérale un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Partant, chez toutes les femmes atteintes de folie puerpérale, on devra songer à la possibilité de l'infection puisque, dans la majorité des cas, le délire relève d'une infection méconnue. Ainsi, la fréquence des lésions infectieuses à la suite de l'accouchement nous explique la fréquence beaucoup plus considérable des délires post-partum par rapport aux autres délires puerpéraux.

En résumé, l'infection parmi les causes occasionnelles, la dégénérescence mentale parmi les causes prédisposantes représentent les deux conditions essentielles pour le développement de la folie puerpérale. Diverses conditions ont été

(1) Ballet, Psychoses puerpérales. *Médecine moderne*, 1892.

encore invoquées comme causes prédisposantes. Nous nous bornerons à les signaler rapidement.

*
* *

C'est tout d'abord l'influence de l'âge. D'après les statistiques de Webster, James Reid, Marcé, Tuke, Garcia Rijo, Knauer, la folie puerpérale est plus fréquente pendant la période active de la vie génitale. Le maximum de fréquence se rencontre pendant la période comprise entre vingt et trente ans.

Les avis sont partagés au sujet de la fréquence relative de la maladie chez les primipares et chez les multipares. La plupart des auteurs étrangers (Macdonald, James Reid, Ripping, Idanof, Tomlinson, Behr) estiment que la folie est plus fréquente chez les primipares. Marcé et la plupart des auteurs français admettent, au contraire, une plus grande fréquence chez les multipares. La première opinion paraît beaucoup mieux fondée. Les chances de folie diminuent, sans aucun doute, avec le nombre des accouchements antérieurs heureux. La primiparité, d'autre part, a très vraisemblablement une influence complexe qui doit aboutir plus efficacement à la production des troubles délirants. La fréquence de l'albuminurie, la durée plus longue du travail, la présence de lésions des parties molles et, par suite, la facilité de l'infection chez les primipares sont autant de causes prédisposant à la folie. Au contraire, une femme dont le cerveau a résisté à ces causes multiples, lors de divers accouchements, ne délirera que sous l'influence d'une cause plus active ou si elle y a été préparée dans l'intervalle par un accès délirant survenu en dehors de la puerpéralité.

On n'a pas de renseignements bien précis sur la fréquence de la folie puerpérale par rapport au nombre des accouchements. Nous ne connaissons à ce point de vue que les chiffres donnés par Marcé. D'après ce dernier, sur 3 500 femmes accouchées, James Reid en a compté 9 atteintes de folie puerpérale ; Gream, sur 2 000 accouchements, a observé

11 cas d'aliénation mentale; enfin Behier en a observé 1 cas sur 1000 accouchements.

Les renseignements sont plus nombreux au sujet de la fréquence de la folie puerpérale par rapport à la folie en général, Marcé, réunissant les statistiques d'Esquirol, James Reid, Haslam, Hanwell, Macdonald, Parchappe, Leller, Webster, Thomas Kirkbride et la sienne propre, conclut qu'il existe un cas de folie puerpérale pour 12 ou 13 aliénées. A son tour, Ripping (1), rassemblant les statistiques de Rush, Pedler, de Glasgow Asylum, de Leidesdorf, Leller, Holm, Luebben, de la Charité, de Siegsburgs, trouve un total de 709 cas de folie puerpérale sur 5107 aliénées, ce qui donne une proportion de 1 cas de folie puerpérale pour 7 ou 8 aliénées. Parmi les auteurs plus récents, Hoche trouve 211 cas de folie puerpérale sur 2 454 malades; Jones, 259 cas sur 3 500 malades; Hobbs, 200 sur 2000 aliénés. La fréquence relative de la folie pendant la grossesse, les suites de couches et la lactation nous est donnée par les résultats de Ripping rassemblant les statistiques de James Reid, d'Hanwell, Macdonald, Marcé, Gundry, Tuke, Furstner, Holm, Siegsburgs. Sur un total de 765 cas : 125 étaient survenus pendant la grossesse, 387 pendant les suites de couches, 253 pendant la lactation. En réunissant les délires des suites de couches et de la lactation, on obtient un total de 640 cas opposés aux 125 cas de la grossesse. Comme on le voit par ces chiffres, les délires survenus après l'accouchement sont beaucoup plus fréquents que les délires de la grossesse. Ces derniers sont par rapport aux précédents comme 1 est à 5.

Le délire chez les nouvelles accouchées peut éclater à une époque variable. La date de début la plus fréquente serait du huitième au quatorzième jour. Toutefois les statistiques d'Esquirol et de Marcé accusent une proportion trop forte de délires à début précoce par rapport au nombre de délires à début tardif. La raison en est que ces auteurs confondent avec la vraie folie puerpérale les cas de septicémie délirante

(1) Ripping, *Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden*, Stuttgart, 1877, p. 23 et 24.

dont le début, comme nous l'avons vu, est le plus souvent précoce.

Souvent le délire éclate à une époque plus tardive, au moment du retour de couches. Baillarger, puis Marcé ont signalé cette coïncidence fréquente et depuis, le retour de couches a été considéré comme une cause occasionnelle de folie puerpérale. Avec les notions actuelles sur l'infection, on s'explique très bien la raison de cette influence. La menstruation, sans doute, par la congestion et la desquamation épithéliale dont elle s'accompagne, favorise éminemment l'infection ou lui donne un coup de fouet lorsque celle-ci existe déjà. Le rétablissement de la menstruation constitue, par conséquent, la période critique pour la folie puerpérale.

Le retour normal de la menstruation témoigne, en effet, que l'utérus est revenu à son état de repos. Passé cette période, on peut dire que le délire n'appartient plus à la puerpéralité, mais, tant que la fonction menstruelle ne s'est pas rétablie d'une façon normale à la suite d'un accouchement, on pourra considérer comme puerpéraux les délires survenus dans ces conditions. Chez les nourrices, la durée de la période puerpérale est plus difficile à limiter. On se souviendra cependant que des lésions infectieuses consécutives à un accouchement mettent souvent plusieurs mois à se constituer et peuvent occasionner l'apparition d'un délire tardif.

Pour certains auteurs, la folie puerpérale pourrait avoir un début encore plus tardif et survenir au moment du sevrage, c'est-à-dire à une époque parfois très éloignée de l'accouchement. Dans ces derniers cas, l'origine puerpérale du délire n'apparaît pas nettement et on doit faire les plus grandes réserves au sujet de leur pathogénie. Un certain nombre de ces délires relèvent sans doute de causes accidentelles agissant sur un terrain fortement prédisposé.

OBSERVATION XV (personnelle).

Julie L..., vingt-sept ans, couturière, entre à l'asile Sainte-Anne le 17 septembre 1903.

Antécédents héréditaires. — Le père, peintre en bâtiments, a eu des coliques de plomb ; c'est un homme sobre.

La mère est vivante et bien portante.

Un oncle paternel est actuellement en traitement à Ville-Évrard.

Antécédents personnels. — La malade a eu la rougeole dans l'enfance.

Elle a toujours été un peu nerveuse, d'un caractère bizarre, inattentive, elle avait mauvaise mémoire.

Mariée depuis cinq ans, elle a eu trois grossesses à terme et une fausse couche.

Les deux premiers accouchements se sont bien passés et n'ont été suivis d'aucun égarement. Il en a été de même pour une fausse couche de trois mois, survenue après les deux premières grossesses à terme.

Trois mois après cette fausse couche la malade est devenue de nouveau enceinte. Cette dernière grossesse a évolué normalement ; la malade n'a jamais présenté d'albumine dans les urines. Elle est accouchée à la Maternité le 27 avril 1903, d'un garçon vivant et à terme.

Elle a allaité son enfant pendant une dizaine de jours, puis l'a mis en nourrice parce qu'elle n'avait pas assez de lait. La malade a eu son retour de couches cinq semaines après son accouchement. Les règles sont revenues régulièrement depuis son retour de couches, mais elles étaient moins abondantes et s'accompagnaient de pertes blanches.

Quatre mois après son accouchement, depuis le commencement de septembre, le caractère de la malade a changé : elle se figurait qu'il y avait dans la maison des personnes qui lui en voulaient. Un soir, son mari est rentré à la maison, un peu pris de boisson ; elle a eu peur. Le lendemain, elle est allée chez son père, disant que son mari lui en voulait, qu'il voulait lui faire du mal. Sur ces entrefaites, elle a lu dans les journaux qu'une succession était ouverte, dont on cherchait les héritiers. Se basant sur une similitude de nom, elle s'est figurée que l'héritage lui revenait. Dès lors elle s'est crue riche, titrée, formant toutes sortes de projets inconsidérés et déraisonnables. Elle racontait ses projets à ses voisines ; l'une d'elles l'a traitée de folle ; la malade s'est mise en colère à ce propos et a beaucoup pleuré.

Quelques jours avant son entrée à Sainte-Anne elle était

devenue plus sombre, elle avait des préoccupations au sujet de son enfant qui est en nourrice, se figurant qu'on ne lui donnait pas de lait en quantité suffisante. Elle est partie pour aller voir son enfant, de là elle est allée chez des parents où elle est arrivée très surexcitée. Ses parents l'ont ramenée à Paris et aussitôt elle a été placée à Sainte-Anne.

17 septembre. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne, cette malade se trouve dans un état d'excitation maniaque avec idées de persécution et de grandeur. Elle réclame son enfant avec insistance. Elle n'a pas de fièvre. Insomnie.

20 septembre. — A l'examen gynécologique, M. Picqué trouve un gros utérus de 9 centimètres, mobile. Le col largement entr'ouvert ne présente pas d'ulcération. Rien aux annexes. La malade est envoyée au pavillon de chirurgie.

22 septembre. — On pratique le curettage qui ramène une assez notable quantité de fongosités. T. matin, 37 degrés; soir, 37,6.

Examen des fongosités utérines par M. le Dr Dagonet :

Les fongosités sont volumineuses; à la coupe les cellules se colorent nettement, on voit de nombreux tubes glandulaires, très dilatés, tapissés par un épithélium non desquamé. Le stroma conjonctif est infiltré de nombreuses cellules rondes et l'on note quelques hémorragies interstitielles.

23 septembre. — T. matin, 36,8; soir, 37,1.

24 septembre. — T. matin, 36,8; la malade est repassée au service de l'Admission.

3 octobre. — Certificat de quinzaine. M. le Dr Dagonet constate une notable amélioration au point de vue mental. L'état physique est excellent.

13 octobre. — La malade est transférée à l'asile de Vaucluse. Au moment de son entrée, on ne constate plus aucune idée délirante chez cette malade: toutes ses craintes au sujet de son enfant ont disparu; elle reconnaît que sa voisine ne lui en veut pas, elle est seulement un peu vive, dit-elle. Quant à l'héritage dont elle parlait dans sa maladie, elle n'y pense plus. A certains moments cependant, la malade paraît encore un peu triste.

18 octobre. — Le père de la malade, qui ne l'a pas vue depuis dix-huit jours, vient la voir et trouve un changement considérable dans son état. La malade a causé longuement avec lui et très raisonnablement.

8 novembre. — La malade sort en liberté, complètement guérie au point de vue mental et au point de vue physique.

Réflexions. — Voici un cas très net où le délire accompagne une infection chronique bien caractérisée de l'appareil génital et où la guérison suit de près le traitement des lésions infectieuses.

OBSERVATION XVI (personnelle).

Marguerite F..., trente et un ans, journalière, entre à l'asile Sainte-Anne, le 17 septembre 1903.

Antécédents héréditaires. — Père, ouvrier papetier, âgé de soixante-dix ans, a commis quelques excès alcooliques.

Mère, bien portante, a eu huit grossesses à terme et une fausse couche.

La malade est la septième enfant et la seule fille.

Trois frères sont morts en bas âge.

Un frère est mort de diabète à l'âge de vingt-deux ans.

Un autre frère est mort de la poitrine à l'âge de trente-deux ans.

Deux frères sont encore vivants et travaillent dans la papeterie.

Pas d'hérédité connue.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été d'un caractère timide, n'aimant pas à s'amuser. Elle a eu, à l'âge de douze ans, une fièvre typhoïde dont la durée a été longue. Cette fièvre typhoïde s'est accompagnée de délire.

Réglée à quinze ans, toujours bien réglée depuis.

A dix-sept ans, en 1889, a eu la grippe qui a duré une quinzaine de jours.

Mariée à l'âge de dix-neuf ans, a eu trois grossesses depuis.

Premier accouchement, à l'âge de vingt ans, d'une fille encore vivante.

Les suites de couches ont été bonnes et la malade a nourri son enfant pendant neuf mois. Elle a contracté la rougeole à ce moment-là et a cessé de nourrir.

Deuxième accouchement, il y a deux ans, d'une petite fille morte au moment de l'accouchement (circulaire du cordon); tout s'est bien passé.

Troisième accouchement, le 10 janvier 1903, d'un garçon mort pendant le séjour de la malade à l'asile de Vaucluse. L'accou-

chement a été normal et la malade s'est levée au bout de dix jours. Elle s'est fatiguée quelque peu à ce moment-là. Depuis son accouchement, la malade *a toujours souffert* un peu dans le ventre. Elle a nourri son enfant pendant six mois. Les derniers temps qu'elle allaitait, elle était devenue anémique, n'avait pas d'appétit, vomissait le matin. Elle a cessé d'allaiter parce qu'elle dépérissait et qu'elle devenait triste sans savoir pourquoi. Les modifications du caractère sont survenues cinq mois environ après l'accouchement. La malade pleurait sans raison, elle avait des préoccupations au sujet de tout, craignait que son mari ne gagne pas assez d'argent pour vivre. Les derniers temps, elle ne pouvait pas s'occuper de son enfant et en était arrivée à un état d'aboulie complète. L'ennui de la vie et le découragement l'avaient gagnée. Elle disait à son mari qu'elle voulait en finir avec la vie. Ce dernier, craignant une tentative de suicide, l'a fait placer à l'asile Sainte-Anne.

17 septembre. — A son entrée à Sainte-Anne, on constate chez cette malade un état mélancolique avec sentiment d'impuissance. La malade se reproche sa paresse et conserve des idées de suicide. Cet état dure depuis trois mois.

22 septembre. — M. Picqué examine la malade au point de vue gynécologique. Il trouve un utérus petit (6 centimètres), mobile, en position verticale. Le col est très ulcéré, présentant à sa surface des bourgeons peu volumineux. Rien aux annexes. La malade entre au pavillon de chirurgie.

24 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène peu de fongosités. Amputation du col par le procédé de Schröder. T. matin, 37,3; soir, 37,2.

Examen d'un fragment de col utérin, par M. le Dr Dagonet.

L'examen microscopique montre d'abondantes hémorragies, le sang est infiltré jusqu'au milieu des couches musculaires et il remplit les cavités glandulaires.

L'épithélium pavimenteux est normal. Les tubes glandulaires sont dilatés et moins nombreux qu'à l'état normal, leur épithélium est souvent desquamé.

Légère endométrite interstitielle.

30 septembre. — La malade n'a pas eu de fièvre depuis l'opération. L'état local est excellent. La malade rentre au service de l'Admission. Depuis son entrée, elle a repris un peu courage. Étant au pavillon, elle a commencé à demander du travail aux infirmières.

3 octobre. — L'état physique s'améliore, mais la malade est encore un peu mélancolique.

13 octobre. — La malade est transférée à l'asile de Vaucluse. A son entrée, la malade est encore anémique, le teint est pâle et terreux, l'appétit est faible et la digestion pénible. Au point de vue mental, on constate une amélioration sensible. Depuis son opération, les idées de suicide de la malade ont disparu et elle reconnaît que ses préoccupations n'étaient pas fondées. Ces derniers temps, dit-elle, elle a senti son état s'améliorer insensiblement. La malade est encore un peu inquiète de se trouver à l'asile, ce milieu l'impressionne, et, à son avis, elle serait mieux chez elle. Elle nous demande des fortifiants pour être remise bientôt et partir chez elle. La malade continue à prendre, depuis son opération, des injections vaginales à l'eau chloralée. — Elle n'a pas de pertes blanches et ne souffre plus dans le ventre.

27 octobre. — L'amélioration continue. La malade passe au quartier des personnes tranquilles où elle peut s'occuper à des travaux divers.

4 novembre. — La malade paraît complètement guérie. Elle écrit à son mari une lettre très raisonnable pour que ce dernier demande sa sortie.

8 novembre. — Le mari vient voir la malade. Il la trouve très améliorée depuis quinze jours et demande sa sortie qui est décidée.

Sur ces entrefaites survient la mort du petit garçon, dernier né de la malade. Le mari, craignant que cet événement malheureux ait une influence fâcheuse sur l'esprit de la malade, demande que sa sortie soit différée. La mauvaise nouvelle est cachée pendant quelque temps à la malade. Lorsqu'on la lui apprend, elle supporte très courageusement cette épreuve, disant qu'il lui faut garder tout son courage pour élever sa petite fille.

1^{er} décembre. — La sortie de la malade est décidée pour la seconde fois. Actuellement la malade a très bonne mine, le teint est plus coloré, elle mange et dort bien. Elle a engraisé d'un kilogramme pendant son séjour à Vaucluse. Toute idée triste et toutes préoccupations ont disparu.

6 décembre. — La malade sort en liberté, complètement guérie.

Réflexions. — Comme le précédent, ce cas est un succès. Nous devons noter encore un détail : la malade a déjà déliré à l'âge de douze ans au cours d'une fièvre typhoïde ; elle est

par conséquent prédisposée. Elle a eu cependant deux accouchements antérieurs normaux à tous les points de vue et a même allaité pendant neuf mois, lors de son premier accouchement, sans présenter de troubles délirants. C'est seulement à l'occasion de son troisième accouchement que le délire survient à la suite d'une endométrite puerpérale.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Suzanne C..., vingt-deux ans, fleuriste, entre à l'asile Sainte-Anne le 23 août 1903.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux.

Mère vivante et bien portante.

Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole et scarlatine dans l'enfance. Pas de fièvre typhoïde. La malade avait l'habitude de prendre du rhum dans son café et quelquefois un apéritif. Elle avait des cauchemars, voyait des animaux et rêvait qu'on venait l'assassiner. D'après les renseignements de sa mère, elle était très nerveuse et se mettait en colère pour un rien.

Cette malade est accouchée pour la première fois, le 19 août 1903, à la Maternité, et c'est de là qu'elle a été transférée à Sainte-Anne, sur un certificat du Dr Potocki.

23 août. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne, la malade est en état d'excitation maniaque : elle déclame et prononce des propos incohérents. Elle a en outre de la fièvre, des pertes blanches et le ventre est douloureux.

4 septembre. — La malade est transférée au pavillon de chirurgie. A l'examen on trouve un utérus un peu volumineux (7 centimètres et demi), mobile. Le col est peu déchiré. Rien aux annexes.

5 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène une très notable quantité de fongosités jaunâtres. Lavage de la cavité utérine. Attouchement à la glycérine iodée. Drainage. T. matin, 39,8 ; soir, 39 degrés.

Examen des fongosités utérines par M. le Dr Dagonet : Le tissu se colore mal parce qu'il est infiltré de sang épanché dans le stroma et les glandes muqueuses. L'épithélium est en partie nécrosé comme le tissu interstitiel. Autour des tubes glandulaires on remarque une infiltration de petites cellules rondes très abondantes et qui se colorent mal.

6 septembre. — T. matin, 38 degrés; soir, 37,8.

7 septembre. — T. matin, 37,4; soir, 37,1.

8 septembre. — T. matin, 37,3; soir, 36,8.

9 septembre. — La température étant normale, la malade retourne au service de l'Admission. Au moment de sa sortie du pavillon elle est moins excitée.

17 septembre. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Évrard. A son entrée, le Dr Kéramel constate un état d'obtusion intellectuelle avec mutisme, affaiblissement général, gâtisme nécessitant le repos au lit. Dilatation extrême des pupilles.

3 octobre. — La malade est toujours excitée, impulsive, incohérente et gâteuse.

15 octobre. — Nous voyons la malade à l'asile de Ville-Évrard. Elle est toujours au quartier des gâteuses. On constate chez elle une légère inégalité pupillaire (pupille gauche plus grande); les réflexes pupillaires sont conservés. On remarque en outre un léger tremblement de la langue et quelques accrocs de la parole. La mémoire paraît confuse. Le langage est quelque peu incohérent. La malade est excitée par intervalles.

9 novembre. — La malade raconte qu'il y avait des personnes qui lui en voulaient parce qu'elles étaient jalouses d'elle. Elle entend chuchoter. La malade est plus calme et son langage beaucoup moins incohérent.

26 novembre. — La malade est très améliorée et n'est plus gâteuse. La famille la réclame, mais le Dr Kéramel conseille d'attendre encore quelque temps.

2 décembre. — La malade sort en liberté, à peu près complètement guérie.

Réflexions. — Cette observation est également probante puisqu'on peut noter trois particularités importantes : il y a eu infection nette, le délire revêt la forme de confusion mentale, enfin la guérison succède à l'intervention.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

Ernestine D..., vingt-six ans, entre à l'asile Sainte-Anne, service de l'Admission, le 1^{er} septembre 1903.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants.

Une sœur atteinte de surdité.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de onze ans.

En 1901, pendant les mois de septembre et d'octobre, a été soignée à l'hôpital Saint-Antoine dans le service des maladies du système nerveux du Dr Ballet. Habitudes alcooliques, se dit tourmentée par une soif continue : prend du vin, du rhum et des liqueurs quelconques.

1^o Accouchement il y a quatre ans d'un enfant mort depuis de méningite. Les suites de couches ont été normales et n'ont pas été accompagnées de troubles délirants.

2^o Accouchement il y a deux ans d'une fille encore vivante.

La malade avait des cauchemars après son accouchement, mais elle n'a pas eu de troubles psychiques.

3^o Accouchement au mois de mars 1903. La malade n'a pas eu de fièvre ni de pertes à la suite de cet accouchement. Elle allaitait son enfant lorsqu'elle a commencé à avoir des cauchemars : elle voyait des rats et des personnes qui venaient pour lui faire du mal. Les derniers temps elle entendait des voix qui la traitaient de vache, de putain. Les voisins lui reprochaient de maltraiter ses enfants, son père la battait, lui donnait des coups de bouteille.

1^{er} septembre. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne la malade présente de la confusion dans les idées et répond à peine aux questions qui lui sont posées, se renfermant dans un mutisme presque absolu. C'est une femme d'une intelligence faible, débile.

3 septembre. — La malade entre au pavillon de chirurgie. A l'examen on trouve un utérus petit, mobile, la cavité utérine mesure 6 centimètres et demi. Il existe une ulcération au niveau de la lèvre postérieure du col. Rien dans les annexes. T. soir 38 degrés.

4 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène peu de fongosités. Amputation de la lèvre postérieure du col, demi-Schröder.

T. matin, 37,8; soir, 37,8.

Examen histologique de fragments du col utérin, par M. le Dr Dagonet : Il existe une sclérose avancée ; les parois vasculaires sont très épaissies et les cavités veineuses très dilatées.

Tubes glandulaires rares mais paraissant normaux avec des cellules cylindriques qui se colorent d'une manière distincte, d'autres tubes sont très atrophiés.

Endométrite interstitielle.

5 septembre. — T. matin, 37,8 ; soir, 38,2.

6 septembre. — T. matin, 37,8 ; soir, 37,6.

7 septembre. — T. matin, 37,2 ; soir, 37,8.

A partir de ce moment la température est normale.

15 septembre. — La malade sort du pavillon de chirurgie, docile et moins confuse.

7 octobre. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Évrard.

16 octobre. — La malade ne présente plus de confusion mentale, mais elle est un peu mélancolique et pleure facilement. Tremblement de la langue et des mains.

9 novembre. — L'état de cette malade s'est beaucoup amélioré, les idées noires ont à peu près complètement disparu. Elle dort bien, mange bien et a engraisé.

18 décembre. — L'amélioration continue, la malade travaille au séchoir.

3 février 1904. — Cette malade est encore à l'asile de Ville-Évrard, son mari n'ayant pas encore demandé sa sortie, mais elle peut néanmoins être considérée comme guérie. Son état mental reste celui d'une débile. Elle a beaucoup engraisé. Son mari doit demander prochainement sa sortie.

Réflexions. — Il s'agit en somme d'un succès et on voit nettement chez cette malade la confusion mentale disparaître à la suite de l'intervention. On doit tenir compte pour ce cas de l'appoint alcoolique, ce dernier a contribué sans doute à entretenir l'état de dépression mélancolique.

OBSERVATION XIX (personnelle).

Valentine B..., vingt-neuf ans, boutonnière, entre à l'asile Sainte-Anne, service de l'Admission, le 11 janvier 1904.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, a été soigné pendant trois mois à l'asile de Ville-Évrard pour des idées de persécution. Est mort à l'âge de soixante et onze ans d'une maladie de vessie qui a duré trois ans.

Mère vivante, atteinte de rhumatisme.

Un frère âgé de trente-huit ans, égouttier, bien portant.

Antécédents personnels. — A l'âge de douze ans, fluxion de poitrine au cours de laquelle la malade a eu un peu de délire accompagnant l'état fébrile.

Réglée à treize ans, bien réglée habituellement, perd beau-

coup au moment des époques. Saignements de nez fréquents.

1° Accouchement normal il y a six ans. La malade a été remise au bout de dix jours.

2° Accouchement le 14 décembre 1903 chez une sage-femme. Deux jours après l'accouchement la malade a été prise de fièvre; elle avait des pertes assez abondantes depuis son accouchement; pas d'albumine dans les urines. Le jour suivant elle a été conduite à l'hôpital Beaujon où on lui a fait un curettage le lendemain de son arrivée. A partir de ce moment la malade a commencé à avoir de l'insomnie, et le 26 décembre les troubles délirants ont débuté. Depuis, alternatives d'excitation et de dépression.

Tantôt la malade chantait, déchirait du linge; tantôt elle pleurait, se figurait qu'elle avait enterré toute sa famille et qu'elle allait mourir, croyait qu'on voulait l'empoisonner.

Hallucinations multiples: elle entendait des coups frappés au mur et des voix qui lui disaient des injures, la traitant de vache, fumier, pourriture; elle voyait la sage-femme portant des enfants dans son tablier; il lui semblait qu'un homme lui serrait la main; elle sentait des odeurs de rose très fortes, asphyxiantes.

A Beaujon on n'a plus voulu garder cette malade et on l'a envoyée à l'hôpital Bichat d'où elle a été conduite à l'asile Sainte-Anne, sur un certificat du Dr Martin-Roux:

11 janvier. — Au moment de son entrée, la malade présentait des hallucinations intenses avec de la confusion dans les idées.

13 janvier. — T. soir, 37,6.

14 janvier. — La malade est transférée au pavillon de chirurgie. A l'examen on trouve un utérus gros, mobile. La cavité utérine mesure 11 centimètres de longueur. L'orifice interne du col est entr'ouvert. Rien dans les annexes.

15 janvier. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène quelques fongosités. Lavage de la cavité utérine. Attouchement à la glycérine créosotée. Drainage. — T. matin, 37,2; soir, 37,1.

16 janvier. — T. matin, 37,4; soir, 38,4.

17 janvier. — T. matin, 37 degrés; soir, 36,8. A partir de ce moment la température est normale.

21 janvier. — La malade sort du pavillon très améliorée, se rendant compte du milieu où elle se trouve et n'ayant plus d'anxiété.

25 janvier. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Évrard. Depuis quelques jours les hallucinations ont disparu, et avec elles les idées délirantes.

3 février. — Nous voyons la malade à l'asile de Ville-Évrard. Cette malade cause avec beaucoup de lucidité et se rend parfaitement compte des troubles qu'elle a éprouvés. Elle n'a plus aucune hallucination, elle reconnaît la fausseté de celles qu'elle a éprouvées et le souvenir de ces dernières commence d'ailleurs à s'effacer de son esprit.

« C'est un mauvais rêve que j'ai fait », nous dit-elle. Les idées noires ont également totalement disparu. L'état général est satisfaisant, la malade a repris des forces, elle dort bien, mange bien et n'a plus de pertes. En somme, à l'heure actuelle cette malade peut être considérée comme guérie.

Réflexions. — Cette observation est un cas typique d'infection et de guérison rapide à la suite de l'intervention.

OBSERVATION XX (personnelle).

Eugénie O..., trente-six ans, sans profession, entre à l'asile de Ville-Évrard le 12 avril 1901.

12 avril. — *Certificat immédiat.* — Mélancolie, dépression mentale et physique. Idées hypocondriaques, de persécution, de suicide. Hallucinations de l'ouïe de nature pénible et suivies d'agitation anxieuse; insomnie.

Fausse couche récente sans aucune précaution antiseptique.

(D^r FEBVRE.)

27 avril. — *Certificat de quinzaine.* — Est atteinte de mélancolie, vient d'éprouver une crise aiguë d'agitation anxieuse.

(D^r FEBVRE.)

7 juin. — Même état mental: la malade est transférée au pavillon de chirurgie à cause de lésions constatées du côté de l'appareil génital: utérus gros, peu mobile, cavité utérine agrandie,

18 juin. — M. le D^r Mauclair pratique le curettage avec excision d'un fragment cunéiforme de la lèvre antérieure. Impossibilité d'abaisser l'utérus à la vulve. — Tamponnement: T. soir, 37 degrés. — Pas d'albumine dans les urines.

La guérison opératoire est obtenue les jours suivants.

19 juillet. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Évrard. État mental reste stationnaire: mélancolie avec confusion mentale.

5 août. — État de dépression mélancolique persiste, mais les

hallucinations semblent avoir disparu. La malade s'occupe un peu. L'état général est satisfaisant.

26 août. — *Certificat de sortie.* — Cette malade a éprouvé *une amélioration sensible dans son état mental.* En congé depuis quinze jours dans sa famille, elle s'occupe régulièrement de son ménage, ne manifeste, paraît-il, aucune préoccupation délirante dangereuse. En conséquence, elle peut être rendue définitivement à son mari qui s'engage d'ailleurs à exercer sur elle une surveillance très active. (D^r FEBVRE.)

Réflexions. — Ici la guérison n'est peut-être pas absolue ; toujours est-il qu'une amélioration très notable s'est produite deux mois après l'intervention et un peu plus de quatre mois après le début des troubles délirants.

OBSERVATION XXI (personnelle).

Julia G..., vingt-trois ans, domestique, entre à l'asile de Vauluse dans le service de notre maître le D^r Dupain, le 7 juillet 1903.

Antécédents héréditaires. — Père cultivateur, bien portant.

Mère morte de hernie étranglée.

Un frère mort à l'âge de trois ans en 1889, au moment de l'épidémie d'influenza.

Deux frères et deux sœurs bien portants.

Un oncle, frère du père, à la suite d'une frayeur, a été interné pendant quelque temps dans un asile d'aliénés.

Antécédents personnels. — Grippe vers l'âge de dix ans.

Réglée à quinze ans.

Grossesse normale. G... est entrée le 12 mars 1903 à la maternité de Sainte-Antoine, où elle est accouchée le 12 avril. Accouchement normal au bout de vingt-deux heures de travail. Urines normales. Pendant tout son séjour à Sainte-Antoine la température n'a pas dépassé 37,4. G... est sortie de Sainte-Antoine le 27 avril pour aller en convalescence à Fontenay-aux-Roses. Là, dit-elle, ses idées ont commencé à s'embrouiller : tout tournait autour d'elle, elle voyait les personnes doubles, un rien lui portait sur les nerfs. Elle est partie de Fontenay vers le 10 juin. La malade ne peut donner de renseignements bien précis sur ce qui s'est passé à partir de cette date jusqu'au 26 juin. Elle aurait passé quelques jours chez une amie, puis aurait loué une chambre à Paris ; ses idées étaient complètement embrouillées. Elle passait ses journées à parcourir les

rues de Paris portant toujours son enfant dans les bras, tout le monde la remarquait sur son passage; elle allait dans les bureaux de placement pour mettre son enfant en nourrice, puis au dernier moment ne voulait pas le donner. Elle partait pour aller chez des personnes qu'elle connaissait, puis ne pouvait plus trouver la maison. Peu de temps après sa sortie de Fontenay, la malade a commencé à avoir des hallucinations; elle voulait mourir sans savoir pourquoi. Le 26 juin elle a été amenée à l'hôpital Broussais par des agents qui l'avaient trouvée égarée dans la rue. Au moment de son entrée à Broussais, elle était très délirante et réclamait continuellement son enfant qui avait été placé en nourrice. Les seins de la malade étaient gonflés de lait, mais elle n'avait pas de fièvre et on ne trouvait aucun symptôme d'affection organique.

Le 5 juillet elle était conduite à Sainte-Anne et le 7 elle entrait à l'asile de Vaucluse.

8 *juillet*. — Au moment de son entrée, cette malade présente un état de confusion mentale très prononcée avec délire mélancolique et hallucinations multiples. Elle est calme et paraît plongée dans un état de somnolence. La malade est très absorbée, il est difficile de fixer son attention et de la faire parler; elle répète tout le temps qu'elle est condamnée. Des voix lui disent qu'elle est ici pour être tuée, qu'elle doit être brûlée vive; on l'appelle mère criminelle. Elle se figure que son père et sa petite fille sont morts.

G... ne sait où elle est ni à quelle époque de l'année on se trouve. Par une interpellation énergique on peut cependant en obtenir quelques réponses sensées. C'est ainsi qu'elle nous donne exactement la date de sa naissance, la date de son accouchement, elle sait qu'elle a été à l'hôpital Broussais et qu'elle y est restée huit jours, qu'elle a eu le cerveau malade à la suite de son accouchement. T. matin, 37,3; soir, 37,7.

Les jours suivants, absence de fièvre.

25 *juillet*. — La malade est moins apathique et moins confuse, les hallucinations persistent, elle entend toujours des voix, tout le temps les mêmes.

Elle a quelques pertes blanches et nous dit qu'elle n'a pas eu ses règles depuis son accouchement. Il est impossible de pratiquer un examen gynécologique à cause de la résistance opposée par la malade. On commence à lui donner des injections vaginales au biiodure de mercure.

25 août. — L'état de cette malade présente une amélioration sensible, depuis une dizaine de jours elle se lève. Elle passe aujourd'hui au quartier des malades tranquilles.

21 septembre. — La malade va beaucoup mieux, depuis quinze jours elle travaille à la couture. Les hallucinations ont complètement disparu, mais elle est encore un peu confuse. C'est une femme d'une intelligence faible, elle rit sans motif et à la plupart des questions répond qu'elle ne veut rien dire. La mémoire paraît affaiblie. Les pertes blanches sont devenues plus abondantes et la malade se plaint de souffrir du ventre. Elle refuse encore de se laisser examiner.

27 octobre. — Depuis une huitaine de jours l'état de confusion est à peu près complètement disparu. La malade peut nous donner des renseignements précis sur ses antécédents, sur son accouchement et les suites de couches. Elle nous décrit les hallucinations du début de sa maladie. Elle entendait, dit-elle, des voix lui disant qu'elle était condamnée, qu'on allait la fusiller, lui couper le cou. C'étaient toujours des voix d'hommes. Elle voyait des couteaux, des ciseaux prêts à la blesser. Elle apercevait également des cadavres, des ossements et il lui semblait qu'elle allait tomber dans un brasier. Elle se figurait que les infirmières étaient méchantes et voulaient l'empoisonner.

Tous ces troubles, nous dit-elle, ont disparu progressivement et il y a une dizaine de jours que j'entendais encore des bruits confus. G... conserve néanmoins une légère obnubilation intellectuelle, la mémoire n'est pas complètement revenue et elle fait de visibles efforts pour se rappeler certains événements.

L'état général est excellent, elle a beaucoup engraisé et cette malade, qui pesait 53 kilog. 500 au moment de son entrée, pèse actuellement 65 kilogrammes. Elle a des pertes blanches abondantes et qui ont augmenté depuis son entrée. G... consent à se laisser examiner.

A l'examen gynécologique on trouve un utérus augmenté de volume, le col est gros et congestionné, saignant facilement. L'orifice est entr'ouvert, les lèvres du col ne présentent pas d'ulcération.

2 novembre. — La malade a revu ses règles moins abondantes que d'habitude, elle a perdu pendant deux jours seulement.

1^{er} décembre. — La malade peut être considérée comme guérie au point de vue mental, et il est question de la faire sortir prochainement.

2 février 1904. — La malade est transférée au pavillon de chirurgie à cause de sa leucorrhée.

3 février. — A l'examen, M. Picqué constate peu de lésions, la cavité utérine mesure 7 centimètres, pas de lésions du col, rien aux annexes. Leucorrhée.

8 février. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène des fongosités. Attouchement de la muqueuse utérine au perchlorure de fer.

Température normale.

Réflexions. — L'examen gynécologique a montré que cette femme était infectée ; d'autre part, la forme du délire était celle des délires infectieux. Cependant la malade a guéri avant toute intervention ; mais à ce moment les lésions infectieuses étaient en voie de régression, comme le dénote le dernier examen pratiqué par M. Picqué. On peut donc admettre que la malade a guéri seule de l'infection et du délire et que par conséquent la deuxième était la conséquence du premier.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Gabrielle R..., quarante et un ans, entre à l'asile Sainte-Anne, service de l'Admission, le 11 janvier 1904.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux.

Mère morte de congestion pulmonaire.

Une sœur du père a été soignée à l'asile Sainte-Anne.

La malade a trois frères dont un a été soigné à plusieurs reprises à l'asile de Ville-Évrard pour des phobies avec idées mélancoliques et tendances mystiques.

Une sœur de la malade est morte à onze ans de la fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Régliée à quinze ans.

A l'âge de seize ans et demi, fièvre typhoïde qui a duré trois mois y compris la convalescence. Au cours de cette fièvre typhoïde, la malade a eu du délire accompagnant l'état fébrile.

A l'âge de vingt et un ans, étant jeune fille et consécutivement à une frayeur occasionnée par un incendie, elle est tombée dans un état mélancolique : elle se figurait que ses parents allaient être brûlés. Elle a été internée à l'asile de Vaucluse où elle est restée sept mois.

Mariée une première fois à l'âge de vingt-neuf ans, elle est restée dix ans avec son mari dont elle a eu une petite fille qui a aujourd'hui onze ans. A la suite de ce premier accouchement, la malade était devenue un peu triste. Cet état a duré un mois environ, mais elle n'a pas été internée.

Remariée il y a un an, elle est accouchée le 14 octobre 1903 à la maternité de Saint-Antoine. Elle n'a eu ni fièvre ni albumine dans les urines et elle est partie de la maternité le dixième jour après son accouchement.

Elle allaitait son enfant, lorsque vers le 7 janvier les troubles cérébraux ont débuté. Cette malade était déjà contrariée par cette grossesse tardive, puis elle a commencé par avoir des frayeurs, il lui semblait qu'elle était entourée d'ennemis. Les voisins parlaient mal d'elle, elle entendait frapper au mur, on lui lançait de mauvaises odeurs.

Elle craignait de mourir.

11 *janvier*. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne, la malade est mélancolique et anxieuse. Les hallucinations persistent et s'accompagnent de mutisme par intervalles. A d'autres moments la malade est excitée, se met à chanter, veut s'habiller et partir.

13 *janvier*. — La malade est conduite au pavillon de chirurgie. A l'examen on trouve un utérus gros dans l'axe. La cavité utérine mesure 11 centimètres. Rien d'appréciable dans les annexes.

14 *janvier*. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène des fongosités notables. Attouchement au perchlorure de fer.

T. soir, 38,4.

15 *janvier*. — T. matin, 38,3; soir, 38,6.

16 *janvier*. — T. matin, 37,2; soir, 38 degrés.

17 *janvier*. — T. matin, 37,8; soir, 37,2.

18 *janvier*. — T. matin, 38,6; soir, 38,3.

19 *janvier*. — T. matin, 37,2; soir, 37,1.

A partir de ce moment la température est normale.

22 *janvier*. — La malade quitte le pavillon de chirurgie.

Cette malade, qui était maniaque et excitée au début, sort beaucoup plus calme; les idées délirantes persistent.

25 *janvier*. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Évrard.

3 *février*. — Nous voyons la malade à l'asile de Ville-Évrard. Elle est actuellement très calme. Les hallucinations paraissent avoir disparu. La malade manifeste cependant des craintes au

sujet de son enfant, elle pleure encore facilement et fait des récriminations contre son mari qui l'a fait interner.

Néanmoins, elle se sent beaucoup mieux depuis quelques jours et demande à s'occuper pour trouver le temps moins long. L'état général est très bon et la malade mange bien. En somme, cette malade est sinon guérie, du moins très améliorée et en voie de guérison.

Réflexions. — Chez cette malade le délire à forme de confusion mentale a succédé à une infection nette et une amélioration très rapide a suivi l'intervention. On peut donc espérer une guérison prochaine, et ce cas doit être considéré comme un succès.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

Élise L..., trente-deux ans, entre le 6 février 1903 à l'asile Sainte-Anne.

Antécédents héréditaires. — Mère morte dans un asile d'aliénés. Une sœur d'un autre lit est morte à l'asile de Ville-Évrard.

Antécédents personnels. — De tout temps cette malade a été très nerveuse et impressionnable, sursautant au moindre bruit. Très jalouse de son mari, mais avec recrudescence au moment de ses grossesses, où elle ne peut souffrir qu'il la quitte. Elle a eu consécutivement à des accouchements, des idées obsédantes : craintes de faire du mal à son bébé, à elle-même. Moments de découragement, d'aboulie. Il y a six mois, perte d'une fillette de neuf ans. La malade a été très affectée de cette perte et a eu des crises de larmes fréquentes après la mort de son enfant.

Cette malade a eu sept accouchements et une fausse couche. Les quatre premiers accouchements se sont accomplis normalement et n'ont été suivis d'aucun trouble délirant.

La malade a fait ensuite une fausse couche de trois mois qui n'a été également suivie d'aucun accident.

Sixième grossesse en 1898. Pendant cette grossesse la malade avait des idées noires. L'accouchement s'est effectué normalement d'après les renseignements de la malade. Trois mois après son accouchement, la malade allaitait son enfant lorsque les idées tristes qu'elle avait pendant sa grossesse sont devenues obsédantes et ont nécessité son internement du 24 juin au 2 octobre 1898.

Septième accouchement, en 1900, d'un garçon bien portant, nourri par la malade qui n'a présenté d'accès ni pendant la grossesse ni après l'accouchement.

Dernier accouchement, le 12 janvier 1903, d'un garçon bien portant que la malade a nourri les premiers jours. Pendant sa grossesse la malade avait des pertes blanches. Lorsqu'elle s'est levée, le huitième jour après son accouchement, elle a ressenti subitement une douleur dans le côté droit. Arrivée chez elle, la malade a eu une petite hémorragie et s'est recouchée. Déjà, chez la sage-femme, elle avait des idées noires. La vue d'une fenêtre ouverte évoquait vaguement en elle des idées de suicide. Quelque temps après elle a eu des hallucinations de la vue : elle voyait des couronnes mortuaires sur sa table. Elle disait constamment qu'elle allait mourir. Elle se découvrait toutes les maladies et toutes incurables, prenait sa température toutes les heures et ne s'occupait plus de son ménage. Elle disait qu'elle voudrait que toute sa famille meure avec elle, qu'elle ne voulait pas que son mari et ses enfants restent seuls au monde, que le mieux serait d'acheter du charbon de bois pour mourir tous.

6 février. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne, la malade se trouve dans un état de dépression mélancolique avec préoccupations hypocondriaques et idées confuses de persécution. Tendance au suicide.

18 février. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Evrard. Son état mental reste stationnaire jusqu'au mois de septembre dernier.

A cette époque, M. le Dr Picqué, examinant la malade au point de vue gynécologique, trouve des lésions de l'appareil génital. M. le Dr Kéraval décide l'envoi de la malade au pavillon de chirurgie, en vue d'un traitement local.

16 septembre. — La malade entre au pavillon de chirurgie. A l'examen on trouve : un utérus gros, mobile, en antéflexion légère. Le col est déchiré et gros. Rien aux annexes.

19 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène des fongosités en quantité notable. Amputation du col par le procédé de Schröder. T. 37,2 ; soir, 37,4.

Examen d'un fragment de col utérin, par M. le Dr Dagonet : Endométrite d'origine puerpérale, érosion du col. L'épithélium pavimenteux cesse brusquement au niveau des érosions et on le voit remplacé par des excroissances papilliformes recouvertes d'épithélium cylindrique.

Les tubes glandulaires sont très dilatés, leur épithélium desquamé prend une coloration diffuse et uniforme. Il existe une infiltration des petites cellules autour des glandes et un assez grand nombre de mastzellen. Pigment sanguin abondant surtout dans les couches superficielles et provenant d'anciennes hémorragies.

30 septembre. — La malade va très bien au point de vue local; elle rentre à l'asile de Ville-Évrard.

15 octobre. — Nous voyons la malade à l'asile de Ville-Évrard. Elle présente encore quelques idées hypocondriaques, mais elle n'a plus d'hallucinations et les idées de suicide ont disparu. Cette malade, qui avait auparavant des crises de larmes fréquentes, ne pleure plus actuellement. L'état physique est excellent.

8 novembre. — La malade sort en liberté, très améliorée au point de vue mental. Elle a engraisé depuis son retour du pavillon de chirurgie.

Réflexions. — Cette malade a déjà eu, lors d'un accouchement antérieur, un accès délirant qui a duré sept mois environ et a guéri sans intervention; nous ignorons s'il y a eu des phénomènes infectieux à ce moment-là. Lors du dernier accouchement il y a eu une infection nette et la durée de l'accès délirant a été aussi longue que la première fois; on pourrait donc objecter à propos de cette observation que la malade aurait guéri toute seule; cependant on est frappé de ce fait qu'une amélioration rapide suit l'intervention et permet à la malade de sortir sept semaines après.

OBSERVATION XXIV (personnelle).

Gabrielle G..., trente-huit ans, entre le 4 juillet 1903 à l'asile de Ville-Évrard.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants.

Deux sœurs bien portantes, quoique très nerveuses.

Pas d'aliénés dans la famille.

Antécédents personnels. — A toujours été très nerveuse. Aucune maladie grave, mais flatulence habituelle.

1° Accouchement il y a 12 ans; n'a pas été suivi de troubles psychiques.

2° Accouchement il y a 6 ans et demi. Depuis cette époque la malade avait des idées hypocondriaques. Maintes fois elle a eu

l'idée de se détruire. Elle avait des frayeurs sans savoir pourquoi. Cette malade était mal réglée et elle est restée une fois 4 mois sans voir. En décembre 1902, alors qu'elle habitait la campagne, elle est venue à Paris consulter un médecin parce qu'elle se figurait qu'un voisin voulait l'attirer à lui. Depuis cette époque la malade était devenue plus triste. Son mari se décide à la placer dans un asile et elle est admise directement à l'asile de Ville-Évrard.

4 juillet 1903. — Au moment de son entrée à l'asile de Ville-Évrard, le Dr Kéraval constate l'état suivant :

Certificat immédiat. — Est atteinte de dépression mélancolique avec hallucinations de la vue, interprétations délirantes, troubles de la sensibilité générale; elle se figure qu'un prêtre essayait d'agir sur elle et en même temps se rend compte qu'il ne s'agit que de troubles sensoriels.

Obsessions, scrupules, excitation génitale, insomnie; la nuit, apparition du prêtre en question dans l'attitude à abuser d'elle. Demi-conscience. (Dr KÉRAVAL.)

16 septembre. — La malade est transférée au pavillon de chirurgie, service de M. Picqué.

A l'examen on trouve un utérus gros, dans l'axe mobile; la cavité utérine mesure 8 centimètres. Col volumineux non déchiré, légèrement ulcéré.

19 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène peu de fongosités. Amputation du col par le procédé de Schröder. — T. matin, 37,2; soir, 37,5.

Examen d'un fragment de col utérin, par M. le Dr Dagonet.

Aspect papilliforme de la muqueuse avec desquamation de l'épithélium.

Les tubes glandulaires ne sont pas dilatés, ils ne sont tapissés d'épithélium que dans leurs parties profondes. Ils sont moins nombreux qu'à l'état normal et le tissu conjonctif est sclérosé.

Les vaisseaux sont distendus par le sang et le tissu de voisinage prend par imbibition une teinte jaunâtre. En résumé, il s'agit surtout de lésions interstitielles d'endométrite.

20 septembre. — T. matin, 37,4; soir, 37,6.

Les suites opératoires sont normales.

5 octobre. — La malade retourne à l'asile de Ville-Évrard.

15 octobre. — La malade entend encore des voix confuses, mais elle n'a plus de visions; elle conserve des idées hypochondriaques, se plaint de souffrir dans la tête et dans le ventre; elle

dort mal et prend du chloral. Les règles sont apparues depuis son retour de Sainte-Anne.

8 novembre. — La malade se trouve mieux. Les hallucinations ont complètement disparu.

18 décembre. — La malade reconnaît qu'elle est moins triste, elle n'a plus l'idée de se faire du mal. Elle a repoussé, dit-elle, ces mauvaises idées et elle s'occupe dans le service. Elle conserve néanmoins quelques préoccupations au sujet de sa santé physique.

Les règles viennent régulièrement quoique peu abondantes ; la malade n'a plus de pertes blanches depuis son retour du pavillon de chirurgie.

3 février 1904. — L'état de cette malade est très amélioré. Les idées délirantes ont complètement disparu, sauf quelques préoccupations au sujet de sa santé. Elle mange bien et dort mieux, elle a d'ailleurs notablement engraisé. Elle est bien réglée et la santé physique est en somme excellente.

Réflexions. — Dans ce cas, peut-être l'infection date-t-elle du dernier accouchement survenu il y a six ans. Néanmoins ce cas est curieux puisqu'une amélioration très notable succède au curettage.

OBSERVATION XXV (personnelle).

Louise K..., 30 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 24 juillet 1902.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique ; a eu tout le côté droit paralysé.

Mère morte — la malade ne sait pas de quelle maladie. Deux frères qui sont morts l'un à sept ans de fièvre muqueuse, l'autre à vingt-deux ans de jaunisse. Cinq sœurs dont trois sont mortes. Les deux sœurs vivantes sont très nerveuses, la plus jeune a eu la fièvre muqueuse. Depuis cette maladie, il lui arrive parfois de déraisonner.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de dix ans, a été malade pendant six mois. Excès alcooliques probables, cauchemars. Accouchée le 1^{er} octobre 1901 au huitième mois de sa grossesse et consécutivement à une chute faite dans sa cave. Cette malade a commencé à délirer six semaines après ; elle avait des idées noires et entendait des voix, elle a cherché à s'asphyxier avec du charbon. Les troubles duraient depuis longtemps lorsque la malade est entrée à Sainte-Anne.

25 juillet 1902. — Le lendemain de son arrivée à Sainte-Anne, elle est transférée à l'asile de Ville-Évrard où le docteur Febvre établit le certificat suivant :

Certificat immédiat. — Obnubilation générale des facultés intellectuelles, paraît à certains moments éprouver des hallucinations terrifiantes comme dans les délires toxiques. « Elle ne veut pas trahir son pays. » Sein droit très engorgé avec écoulement continu de lait.
(D^r FEBVRE.)

Depuis cette époque, alternatives de dépression et de calme relatif.

14 août 1903. — La malade est transférée au pavillon de chirurgie.

Certificat de transfert. — Est atteinte de mélancolie avec idées mystiques, fort incohérente et très impulsive. Démence précoce suite de puerpéralité. — Peut être transférée. (D^r KÉRAVAL.)

15 août. — A l'examen gynécologique, on trouve une ulcération circonférentielle du col qui est peu volumineux. Utérus petit et mobile. Cavité utérine mesure 7 centimètres. Rien aux annexes.

19 août. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène peu de fongosités. Schröder limité à l'excision de la muqueuse de deux lèvres. — T. matin, 37,6 ; soir, 37,6.

3 septembre. — La malade quitte le pavillon de chirurgie. Elle sort moins agitée.

30 septembre. — Cette malade, qui est rentrée à l'asile de Ville-Évrard, est toujours très délirante. Elle dit être en conversation avec le bon Dieu, et sous l'influence de ses hallucinations elle frappe les autres personnes qui l'entourent.

8 novembre. — Malade plus tranquille, moins confuse.

18 décembre. — Malade est de nouveau agitée, casse des carreaux. Propos incohérents, interprétations délirantes.

3 février 1904. — Agitation, propos incohérents. Cette malade paraît évoluer vers la démence précoce.

Réflexions. — L'application tardive du traitement au moment où la maladie évolue vers la démence précoce, explique l'insuccès de l'intervention.

OBSERVATION XXVI.

Louise P..., trente-deux ans, blanchisseuse, entre à Saint-Anne, service de l'Admission, le 20 août 1903.

Antécédents héréditaires. — Aucun antécédent névropathique.

Antécédents personnels. — Habitudes alcooliques : marc dans le café, vin, apéritifs, vulnérable. Cauchemars : voit des rats, des précipices.

Accouchement normal il y a trois mois. L'enfant vit et était nourri par sa mère jusqu'à ces derniers temps.

Dix-huit jours avant son entrée, premier accès d'excitation qui dura quelques heures seulement. Retour à l'état normal, mais les voisins s'apercevaient qu'elle faisait des excentricités. Quelques jours avant son entrée, crise d'excitation encore plus violente.

20 août. — Au moment de son entrée, cette malade présente de la confusion dans les idées avec des hallucinations multiples. Agitation.

4 septembre. — La malade va au pavillon pour y être examinée au point de vue utérin.

A l'examen on trouve peu de lésions : l'utérus est petit, mobile et dans l'axe, la cavité utérine mesure 6 centimètres. Le col ne présente qu'un peu d'irrégularité au toucher. Rien aux annexes.

Néanmoins M. Picqué, se basant sur les caractères du délire qui ressemble aux délires infectieux, pratique le curettage qui ne ramène aucune fongosité, mais le tissu utérin semble crier d'une façon anormale sous la curette (sclérose utérine probable).

La malade rentre le même soir au service de l'Admission, elle n'a pas de fièvre et les suites opératoires sont des plus simples.

7 octobre. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Évrard.

Certificat immédiat. — Est atteinte d'agitation maniaque, désordre extrême des actes, gâtisme. (D^r KÉRAVAL.)

Certificat de quinzaine. — Est dans le même état qu'à son entrée. A maintenir. (D^r KÉRAVAL.)

9 novembre. — Malade toujours agitée et incohérente ; on ne peut en obtenir aucun mot sensé. Confusion très prononcée dans les idées.

18 décembre. — Confusion dans les idées, malade toujours très agitée.

3 février 1904. — Malade un peu plus calme, tient toujours des propos incohérents et continue à être gâteuse. L'état général est satisfaisant et la malade a engraisé ; elle n'a pas eu ses règles depuis six mois.

Réflexions. — Les lésions de l'appareil génital étant très minimes chez cette malade, il est permis de supposer que le

délire était lié à d'autres lésions, soit du côté du foie, soit du côté des reins, malheureusement nous n'étions pas dans les conditions voulues pour faire cette recherche expérimentalement.

OBSERVATION XXVII (personnelle).

Juliette H..., vingt-sept ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 21 septembre 1903.

Antécédents héréditaires. — Père, boulanger, goutteux.

Mère bien portante.

Sept enfants, dont cinq sont morts en bas âge de la cholérine ; une fille bien portante, et la malade.

Antécédents personnels. — Placée une première fois à Ivry en 1893, elle y est restée quinze mois. Elle était anémique, puis peu à peu se sont développés des troubles délirants.

1^o Accouchement le 13 novembre 1899 ; grossesse et accouchement normaux.

2^o Accouchement le 7 mars 1901. Pendant sa grossesse, crises douloureuses. La malade n'a pas nourri son enfant. Deux mois après son accouchement, elle est internée à l'asile Sainte-Anne le 12 mai 1901. Le certificat immédiat porte : délire mélancolique avec hallucinations, idées mystiques, ambitieuses et de persécution. Excitation, cris, propos incohérents, violences. Cette malade n'a jamais commis d'excès alcooliques, elle est au contraire d'une grande sobriété.

3^o Accouchement le 2 février 1903.

L'accouchement ne s'est accompagné d'aucun symptôme morbide. Quinze jours avant son entrée à Sainte-Anne la malade a perdu un parent qui lui était cher, et en même temps a eu son père malade. H... se trouvait à ce moment à la campagne, elle a demandé à rentrer à Paris ; puis ne parlait pas, ne dormait pas ; enfin elle s'est mise à s'agiter et à vociférer.

21 septembre. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne on constate chez cette malade un accès d'agitation maniaque très violente, caractérisé par un bavardage continu et incohérent ; un besoin incessant de mouvement, de l'insomnie, des idées incohérentes de grandeur, cet état s'accompagnant d'impulsions qui la rendent dangereuse.

22 septembre. — La malade est envoyée au pavillon de chirurgie, service de M. Picqué.

A l'examen, on trouve un utérus petit, mobile, en antéflexion

légère, la cavité utérine mesure 6 centimètres et demi. Le col est petit mais présente une ulcération circonférencielle très prononcée et très étendue en profondeur.

23 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène peu de fongosités. Amputation du col par le procédé de Schröder.

Examen d'un fragment de col utérin par M. le Dr Dagonet : Desquamation de l'épithélium de revêtement. Les tubes glandulaires sont dilatés et présentent l'aspect papilliforme, leur épithélium est desquamé; les cellules sont peu distinctes et se colorent d'une manière diffuse. Le tissu conjonctif est épaissi.

Infiltration des petites cellules dans les plus superficielles et hémorragies intraglandulaires.

Endométrite du col.

14 octobre. — La malade rentre au service de l'Admission, guérie au point de vue opératoire.

30 novembre. — Même état mental. Excitation persiste. Hallucinations probables de la vue, la malade paraît s'adresser à des personnages imaginaires. Propos incohérents et grossiers.

5 février. — La malade a été transférée à l'asile de Ville-Évrard. Elle est toujours agitée et incohérente, mais elle n'est ni impulsive ni méchante. La santé physique est excellente et la malade a engraisé.

Réflexions. — La santé physique seule s'est trouvée améliorée à la suite du traitement. Peut-être est-on intervenu trop tard; l'accouchement datait déjà de sept mois et demi lorsque le curettage a été pratiqué. La prédisposition délirante était d'ailleurs au maximum chez la malade et celle-ci avait eu deux accès délirants antérieurs, le premier en dehors de la puerpéralité.

OBSERVATION XXVIII (personnelle).

Eulalie T..., trente-six ans, entrée le 26 août 1903 à l'asile Sainte-Anne.

Antécédents héréditaires. — Mère actuellement en traitement à l'asile de Villejuif.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave antérieure.

Deux accouchements à terme et trois fausses couches. Après toutes ses couches la malade aurait eu de la fièvre et de l'albumine dans les urines (accouchement à domicile toutes les fois).

Première grossesse terminée par une fausse couche de sept mois en août 1888. Depuis ce premier accouchement la malade avait une descente de matrice et portait un pessaire.

Deuxième grossesse terminée par une fausse couche de huit mois en 1889.

Troisième grossesse, accouchement à terme le 14 février 1891, petite fille bien portante morte du croup à l'âge de vingt-sept mois.

Quatrième accouchement en 1892, enfant mort-né.

Cinquième et dernier accouchement en septembre 1902, enfant bien portant, le seul qui soit vivant. Lorsqu'il est venu au monde cet enfant avait une grosse tête et la nourrice a dit qu'il avait la tête pleine d'eau (hydrocéphalie probable).

Pendant sa dernière grossesse la malade a perdu des eaux trois mois et demi avant l'accouchement.

Quelque temps après, trois mois avant son accouchement en juin, son caractère était devenu bizarre, triste. Ces idées, ont disparu après l'accouchement et la malade n'a commencé à délirer que cinq mois après, au commencement du mois de mars 1903. Le 25 mars elle a fait une tentative de suicide, elle a cherché à s'empoisonner avec de la teinture d'iode. Consécutivement la malade a fait deux nouvelles tentatives d'empoisonnement avec du laudanum et du phosphore.

26 août 1903. — La malade entre à l'asile Sainte-Anne avec le certificat suivant :

Certificat de placement. — Est atteinte depuis six mois environ de troubles mentaux caractérisés par les symptômes suivants : la malade, qui aurait tenté de s'empoisonner par trois fois, a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, se croit persécutée par ses voisins et voit toujours des gendarmes devant elle se présentant pour l'arrêter. Actuellement elle est dans une dépression mélancolique pleine et refuse de parler. (D^r LACROIX).

27 août. — *Certificat immédiat.* — Délire mélancolique, mutisme, tentative de suicide, a voulu boire du laudanum ; mère actuellement en traitement à Villejuif. (D^r DAGONET.)

3 septembre. — La malade entre au pavillon de chirurgie, service de M. Picqué.

A l'examen on trouve un utérus assez gros, mobile. La cavité utérine mesure 8 centimètres. La lèvre antérieure du col est hypertrophiée. Peu de lésions de la muqueuse. Rien aux annexes. T. du soir, 37,8.

4 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène beaucoup de fongosités. Résection de la lèvre antérieure du col en totalité. T. matin, 37,8 ; soir, 37,2.

Suites opératoires normales, absence de fièvre.

17 septembre. — La malade quitte le pavillon de chirurgie paraissant améliorée au point de vue mental.

5 février 1904. — Cette malade est encore actuellement dans le service de M. le Dr Dubuisson. Elle est toujours mélancolique et réticente : les idées de suicide n'ont pas encore complètement disparu. Dans son délire elle accuse son mari de lui avoir fait faire des avortements. Elle se préoccupe beaucoup de sa fille et fait certains ouvrages de couture pour elle. Dans ses écrits on trouve quelques tendances mystiques.

Cette malade est cependant beaucoup plus calme qu'au moment de son arrivée. Au début elle avait des périodes d'excitation avec impulsions. Actuellement elle est tranquille. L'état général est excellent et la malade a engraisé depuis son entrée dans le service.

Réflexions. — L'existence de l'infection chez cette malade n'est pas douteuse. Comme pour le cas précédent, on est intervenu tardivement, un an après l'accouchement, et c'est là vraisemblablement la cause de l'insuccès.

FORMES CLINIQUES

Contrairement au délire de la septicémie puerpérale, dont le début est souvent brusque et sans prodromes, la folie puerpérale proprement dite débute généralement d'une façon progressive : on constate un changement d'humeur, de la loquacité, de l'agitation, et le délire se constitue peu à peu.

Certains auteurs ont multiplié les formes cliniques de la folie puerpérale. Il convient d'éliminer de cette description les anciennes monomanies, les obsessions et les impulsions ; ces dernières, nous l'avons vu, ne constituent pas une forme spéciale de folie puerpérale, mais représentent uniquement les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale ou d'une névrose.

Les formes de la folie puerpérale peuvent en réalité se réduire à deux : une forme où prédomine une excitation désordonnée des facultés cérébrales, forme maniaque ; une autre forme, caractérisée par la dépression et le désordre des facultés, forme mélancolique. Encore le plus souvent, comme le fait remarquer M. Toulouse(1), il n'y a pas à proprement parler de manie ni de mélancolie. Il n'est pas rare de voir une même malade passer par ces deux états et l'excitation maniaque succéder à une phase de dépression mélancolique.

D'après Marcé, la forme maniaque serait la plus fréquente chez les nouvelles accouchées. En réalité, la plupart des cas considérés par cet auteur comme de la manie relevaient soit de la septicémie puerpérale, soit de l'éclampsie. D'autre part, la forme maniaque, chez les nouvelles accouchées, est souvent associée à une névrose, en particulier l'hystérie, la

(1) Toulouse, *loc. cit.*

manie étant, comme l'on sait, le type de la folie hystérique. Si l'on tient compte de ces dernières conditions et si l'on retranche de la manie puerpérale les cas signalés plus haut, on constate au contraire la prédominance de la forme mélancolique. Cette prédominance peut d'ailleurs être établie par des statistiques. Dans le travail de M^{me} de Gorsky, où tous les délires fébriles et post-éclamptiques ont été systématiquement éliminés, sur 28 cas, où il s'agit de manie ou de mélancolie survenues après l'accouchement, 13 fois le délire a revêtu la forme mélancolique ; 4 fois, après une phase de dépression mélancolique, l'excitation maniaque est apparue ; 11 fois le délire a revêtu la forme maniaque. Sur ces 11 cas, 5 fois les malades présentaient en même temps des accidents hystériques.

Pour notre part, sur 14 malades atteintes de folie puerpérale nous en avons trouvé 12 chez lesquelles le délire a revêtu la forme mélancolique avec ou sans confusion mentale.

De l'examen des faits, on peut donc tirer cette conclusion que la mélancolie représente la forme ordinaire de la folie puerpérale.

Nous n'avons pas l'intention de donner ici une description complète de la manie ou de la mélancolie des nouvelles accouchées. Nous nous contenterons d'en indiquer les principaux caractères.

La mélancolie puerpérale peut s'accompagner d'idées de persécution ; rarement ces idées deviennent prédominantes au point de constituer un véritable délire de persécution. Souvent elles naissent sous l'influence de l'alcoolisme agissant, soit comme un appoint surajouté, soit comme cause principale. Dans d'autres cas, la malade a déjà fait un délire de persécution en dehors de l'état puerpéral et on assiste à un réveil de ces idées délirantes à la suite de l'accouchement.

Les idées délirantes religieuses sont rares ; elles se rattachent, soit à la dégénérescence mentale, soit à l'hystérie.

L'une et l'autre de ces deux formes : manie et mélancolie, s'accompagnent souvent d'un élément nouveau, la confusion mentale. Cette dernière, d'après l'opinion de M. Ballet,

coïnciderait toujours avec la mélancolie quand le délire est d'origine infectieuse ; il en est sans doute de même dans les cas d'auto-intoxication. La confusion mentale peut apparaître à titre épisodique comme élément surajouté à la manie ou à la mélancolie. D'autres fois, la confusion mentale passe au premier rang et semble constituer toute la maladie. Le degré de confusion est en quelque sorte parallèle à l'intensité de l'infection. Prononcée dans les cas où l'infection atteint un certain degré, elle passe à l'état d'élément secondaire si l'infection est moins intense ; elle fait défaut, enfin, dans les cas où l'infection semble n'être intervenue que pour mettre en action la dégénérescence mentale. On peut distinguer, en somme, au point de vue symptomatique :

- 1° Des formes avec confusion mentale typique ;
- 2° Des formes avec confusion, symptôme secondaire ;
- 3° Des formes sans confusion : manie et mélancolie simples.

Les premières formes seules méritent une description à part. Nous ne discuterons pas ici si l'on doit considérer ces formes comme de la confusion mentale primitive, ou, au contraire, s'il convient de réserver ce nom, avec M. Marandon de Montyel, à la confusion mentale pure ou stupidité de Georget ; nous renvoyons pour cela aux publications de MM. Chaslin (1), Ségla (2) et Marandon de Montyel (3). Le trouble mental correspond chez nos malades au type de confusion subaiguë, plus spécialement désigné par M. Régis sous le nom de délire onirique.

Le délire onirique, caractéristique d'une intoxication ou d'une infection, se distingue des deux formes de confusion que nous avons déjà étudiées : la confusion mentale hallucinatoire aiguë et le délire hallucinatoire de M. Ségla. Il en diffère par l'incohérence moins prononcée des visions hal-

(1) Chaslin, 1° Confusion mentale primitive. Congrès de Blois, 1892 ; 2° Confusion mentale primitive, Paris, 1895.

(2) Ségla, 1° *Leçons cliniques*, 1895 ; 2° La confusion mentale, *Presse médicale*, 1897.

(3) Marandon de Montyel, 1° La stupidité de Georget, *Gazette hebdomadaire*, 1897 ; 2° La confusion mentale primitive et secondaire, *Gazette des hôpitaux*, 1897.

lucinatoires et par leur succession moins rapide; au lieu de former un défilé sans suite, les images se succèdent dans l'esprit de la malade comme les tableaux d'un rêve. Par suite, les idées délirantes occupent une place plus importante dans le délire onirique; la réaction motrice est, au contraire, moins violente. La confusion hallucinatoire aiguë et le délire onirique diffèrent encore par le degré de confusion mentale : prononcée dans le premier cas, elle passe au second rang dans le délire onirique. Ce dernier diffère, d'autre part, de la stupidité de Georget ou confusion mentale pure par la présence d'hallucinations et d'idées délirantes. Il diffère, en outre, du type de confusion mentale décrit par MM. Chaslin et Séglas, par la prédominance des hallucinations et des idées délirantes, par l'effacement, au contraire, du symptôme confusion.

M. Régis a bien étudié les caractères de ce délire et a montré ses analogies avec le rêve du sommeil pathologique, du somnambulisme (1). Les hallucinations occupent la première place, elles sont de nature pénible, parfois terrifiantes. Mobiles, elles se succèdent dans l'esprit du sujet comme les visions d'un rêve, disparaissant pour reparaitre l'instant d'après, parfois sous la même forme, d'autres fois sous une forme différente. Les idées délirantes ont une place moins importante et sont la conséquence des hallucinations. Ces idées délirantes revêtent généralement une teinte mélancolique : idées de ruine, de persécution vague. Comme les somnambules, dit M. Régis, les malades sortent de leur délire par un véritable réveil, n'ayant, en général, qu'un souvenir confus ou nul de leur accès et gardant, souvent implantée dans leur esprit plus ou moins longtemps après guérison, quelque idée fausse, isolée, obsédante, tenace à la façon des

(1) Régis et Chevalier-Lavaure, Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Congrès de la Rochelle, 1893. — Régis : 1^o Discussion sur les rapports de l'hystérie et de la folie. Congrès de Clermont-Ferrand, 1894; 2^o Les délires toxiques et infectieux. *Leçons cliniques*, 1894-95; 3^o Le délire de rêve chez le vieillard. Congrès de Bordeaux, 1895; 4^o Les intoxications dans leurs rapports avec les délires. *Mémoire* pour le prix Aubanel, 1898; 5^o Note sur les délires d'auto-intoxication et d'infection. *Presse médicale*, 1898; 6^o Le délire onirique des intoxications et des infections. Communication à l'Académie de médecine et *Journal de médecine de Bordeaux*, 1901.

idées fixes hypnotiques. L'agitation est, en général, nulle et les sujets paraissent plongés dans un état de somnolence. Alors que dans la confusion hallucinatoire aiguë, le sujet est tout entier occupé par des hallucinations, ici on peut par instants fixer son attention. Chez une de nos malades, notamment, on observait ce caractère indiqué par M. Régis, à savoir, que par une interpellation énergique, on suspend pour un instant ces délires et on rejette pour quelques minutes ces insensés dans le domaine de la raison.

DIAGNOSTIC

Nous ne reviendrons pas ici sur le diagnostic de la folie puerpérale proprement dite avec la septicémie délirante. Dans le dernier cas, le délire n'est qu'un élément accessoire ; dans le premier, au contraire, il constitue en apparence toute la maladie.

Nous aurons seulement en vue dans ce chapitre le diagnostic causal. Il importe, en effet, au point de vue thérapeutique, de décider si la puerpéralité a été une occasion banale de délirer ou bien si le délire relève d'une cause occasionnelle plus active et susceptible d'être modifiée par un traitement rationnel. Le délire puerpéral doit dès lors être considéré comme un délire curable.

Quand les troubles délirants sont survenus à une époque tardive après l'accouchement, dans la dernière période de la lactation, il est à présumer déjà que l'accouchement a eu une faible influence sur l'éclosion de la maladie. Bien souvent, dans ces cas, l'attention est attirée dès le début sur la cause réelle du délire. Parmi ces femmes, les unes ont commis des excès alcooliques avérés et leur délire présente tous les caractères du délire toxique. Chez d'autres, on reconnaît l'existence d'une névrose : hystérie ou épilepsie ; chez ces dernières, tantôt le trouble mental s'est traduit par un de ces actes bizarres, délictueux, impulsifs, caractéristiques d'une névrose, tantôt le délire revêt la forme maniaque. Même dans ces cas, on ne devra pas négliger de pratiquer un examen gynécologique.

Cet examen est de rigueur quand le délire est survenu dans les premiers mois après l'accouchement, surtout si rien n'indique au premier abord l'origine du délire. Au lieu de se borner à constater l'état de dégénérescence mentale, on

devra rechercher s'il n'existe pas une lésion infectieuse de l'appareil génital. Nous avons déjà insisté sur la fréquence de ces lésions. Pour ce motif, il faut interroger et examiner systématiquement toutes les femmes au point de vue génital. Bien souvent, des lésions qu'on ne soupçonnait pas tout d'abord, sont seulement découvertes, grâce à cet examen.

Hobbs, nous l'avons vu, demande qu'il y ait, sur les feuilles d'entrée des malades, une colonne de questions portant sur les organes de la reproduction. Idanof, de son côté, déclare qu'il est indispensable, pour élucider définitivement l'étiologie de la folie puerpérale, de procéder, dans tous les cas où elle se produit, à l'examen gynécologique. Cet auteur exprime, d'autre part, le regret qu'il n'y ait pas de sages-femmes attachées aux établissements de psychiatrie.

Il est nécessaire, en effet, de pratiquer chez ces malades un examen minutieux, parfois même sous chloroforme, pour ne pas méconnaître des lésions relativement légères comme la subinvolution utérine. Un résultat négatif ne prouve pas toujours l'absence d'infection. La subinvolution, notamment, peut avoir disparu lors d'un examen tardif.

D'autres fois, si l'examen est trop précoce, les lésions peuvent être encore peu marquées et ne devenir manifestes que plus tard ; dans ce cas, il est utile de pratiquer ultérieurement un deuxième examen. On est en droit d'éliminer l'infection dans le cas seulement où, après avoir examiné une femme à différentes reprises depuis son accouchement, on n'a jamais pu constater de lésions de l'appareil génital.

PRONOSTIC

Quelle que soit la forme mentale : manie ou mélancolie, le pronostic est bénin par rapport à la vie de la malade. Cette bénignité, nous le rappelons, constitue un caractère différentiel important avec les délires de la septicémie puerpérale. Les cas de manie mortelle se rapportent précisément à cette septicémie. Pour la mélancolie, la bénignité n'est pas douteuse; dans les cas où elle est survenue, la mort devrait être mise sur le compte d'une maladie intercurrente. Parmi les dix cas signalés par Marcé, une seule malade succomba à une tuberculisation générale.

Au point de vue mental, le pronostic est également favorable, en ce sens que la guérison est la terminaison la plus fréquente. Toutefois, la durée de la maladie est généralement plus longue que pour les cas de septicémie puerpérale évoluant vers la guérison. D'après Dennam, la durée du trouble mental dépasse rarement six mois. Cette durée est elle-même en partie subordonnée à la forme mentale. A ce point de vue, la forme maniaque est la moins grave; d'ailleurs, même en dehors de l'état puerpéral, la durée est, en général, plus courte pour un accès de manie que pour un accès de mélancolie. On peut observer, notamment, des accès maniaques dont la durée est de quelques jours seulement. Pour les cas où le délire revêt la forme de confusion mentale, la guérison est la règle et la durée en général assez courte. La mélancolie, au contraire, comporte le pronostic le moins favorable; chez les mélancoliques puerpérales observées par Marcé, la durée du trouble mental a varié entre un mois et six mois, mais cette durée peut être beaucoup plus longue et dépasser une année. Pour chaque cas pris en particulier, la durée de la maladie dépend de la nature du traitement insti-

tué, de l'époque où ce traitement est appliqué, enfin du degré de dégénérescence mentale. L'influence la plus manifeste est celle d'un traitement dirigé contre les lésions infectieuses. Pour nos cas : 7 guérisons et 2 améliorations sur 13 malades traitées, les résultats ont été obtenus dans les intervalles suivants : une malade a guéri au bout de quinze jours, une autre au bout d'un mois, deux un mois et demi après, la cinquième au bout de deux mois, la sixième au bout de trois mois et la septième au bout de trois mois et demi. Quant aux améliorations, elles se sont produites dans des conditions un peu différentes : une malade délirante depuis plusieurs années a éprouvé une amélioration sensible au bout de trois mois ; chez la seconde malade, l'amélioration a été rapide et quinze jours après le traitement on constatait un changement notable dans l'état mental. Comme il s'agit d'un cas tout récent, il nous est impossible de dire quelle sera l'évolution ultérieure ; néanmoins le pronostic reste favorable.

Après guérison d'un accès de folie puerpérale comme à la suite de tout accès délirant, il persiste une prédisposition à de nouveaux accès. Ces derniers peuvent survenir, soit à l'occasion d'un nouvel accouchement, soit en dehors de la puerpéralité. Le passage à l'état chronique est l'exception et il est rare de voir des femmes, devenues folles à la suite de leur accouchement, rester délirantes toute leur vie jusqu'au jour où elles finissent par tomber dans la démence.

La démence précoce est, au contraire, une terminaison beaucoup plus fréquente. Jaisson (1) en signale des exemples dans sa thèse. Nous rapportons ici deux observations de démence précoce survenue à la suite de la puerpéralité : la première a été recueillie dans le service de M. le professeur Joffroy, la seconde appartient au service de M. le Dr Sérieux et nous ont été communiquées par notre collègue et ami, le Dr Dromard.

(1) JAISSON. Psychoses puerpérales. Thèse de Paris, 1898.

OBSERVATION XXIX.

(Recueillie dans le service de M. le Pr Joffroy.)

Julie D..., dix-neuf ans, modiste, entre le 30 mai 1902 à l'asile Sainte-Anne, dans le service de M. le Pr Joffroy.

Antécédents héréditaires. — Père et mère nerveux.

Oncle paternel atteint de démence sénile.

Cousine éloignée, aliénée.

Antécédents personnels. — Angine vers l'âge de cinq ans. A toujours été d'une constitution débile, anémique.

Intelligence faible : la malade avait quelques prétentions comme diction, à quinze ou seize ans, voulait entrer au théâtre.

Très émotive, humeur mobile.

Accouchée le 13 avril 1902 (primipare). Suites de couches normales : jamais d'albuminurie dans les urines ni d'élévation de température. On l'envoie à la campagne, chez des amis, pour la remettre, on la suralimente et peut-être aussi lui fait-on faire un usage exagéré de vins forts.

Le 13 *mai*, un mois après son accouchement, elle a son retour de couches.

Le 25 *mai*, insomnie, agitation incohérente, albuminurie.

Le 27 *mai*, accalmie.

Le 28 *mai*, reprise de l'agitation, mais avec incohérence et hallucinations de la vue.

Le 30 *mai*, la malade est internée. M. le Dr Royer-Mignot constate l'état suivant :

Attention : inexcitable et instable.

Mémoire : incertaine, dysmnésie fonctionnelle.

Association des idées : idées illogiques, incohérentes, contradictoires, désorientation dans le temps et dans l'espace.

Humeur : mobile, variant d'un instant à l'autre.

En général : réaction maniaque. Agitation ; chante.

Parfois état de stupeur.

Idées délirantes : très vagues, à caractère hypocondriaque.

Hallucinations ou interprétations délirantes : de la vue et de l'odorat.

Examen somatique : Hyperesthésie diffuse ;

Réflexes tendineux affaiblis ;

Pupilles normales.

Albuminurie (nuage d'albumine).

Fièvre, 38 degrés le soir ; aspect infectieux. Gâtisme.

Examen génital gêné par le retour de couches.

Diagnostic : État de confusion avec hallucinations chez une malade infectée à la suite d'un accouchement.

1^{er} juin. — Même état de confusion. Injection de 250 grammes de sérum.

3 juin. — Confusion complète, nuage d'albumine en augmentation.

2 juillet. — État de confusion, avec excitation et impulsions.

1^{er} septembre. — Depuis quatre jours, dépression qui a succédé à un état d'excitation sans intervalle de lucidité. La malade reste immobile dans son lit, ne s'alimente pas seule. Elle pleure quelquefois. Mutisme.

4 octobre. — Refus de nourriture persistant : alimentation à la sonde.

25 novembre. — L'état de la malade est le suivant :

Attention : la malade s'attache à ce qui se passe autour d'elle.

Attitude : elle est calme dans son lit.

Mutisme presque complet par résistance et mauvais vouloir.

Refus d'aliments : elle est alimentée à la sonde, mais mange en cachette les provisions apportées par sa famille.

Actes et attitudes stéréotypés (rires).

Sentiments affectifs : abolis pour son mari qu'elle refuse de voir ; pour son enfant, dont la mort la laisse indifférente ; pour son père, dont la mort la fait rire.

Idées délirantes. } Inconnues.
Hallucinations. }

Gâtisme par intervalles.

Diagnostic : Psychose puerpérale avec tendance à la démence précoce.

30 janvier 1903. — La malade gâte parfois et n'a pas de soins de propreté.

Elle refuse de répondre à haute voix, n'exécute qu'un petit nombre d'actes ordonnés.

Rires et attitudes stéréotypés.

Il ne paraît pas y avoir d'idées délirantes.

Diminution de la sensibilité.

29 juillet. — Cette malade sort de l'asile Sainte-Anne, sur la demande de son mari et de sa mère qui la réclament avec insistance et prennent l'engagement de lui donner tous les soins nécessaires. A ce moment, d'après le certificat de M. le P^r Joffroy,

cette malade présentait un état démentiel avec symptômes catatoniques et refus d'aliments.

OBSERVATION XXX.

(Communiquée par notre collègue DROMARD.)

M^{me} N.... trente-sept ans, sans profession. Démence catatonique ayant débuté à trente-quatre ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère normaux.

Antécédents personnels. — Intelligence normale. Pas de maladies graves antérieures.

La maladie de M^{me} N.... a débuté après son dernier accouchement. — M^{me} N.... a eu quatre accouchements antérieurs tous normaux; seul, le premier s'est fait prématurément vers le début du huitième mois, sans raison connue : l'enfant ne pesait que quatre livres. Les quatre enfants subsistent et sont bien portants, quoique nerveux.

Dernier accouchement en 1898, terminant une grossesse normale. Le travail a été lent, peu douloureux, si bien que le médecin est arrivé lorsque l'enfant était à la vulve, se présentant par le siège. L'accouchement s'est terminé sans manœuvre obstétricale autre que la manœuvre de Mauriceau effectuée par un médecin dans les meilleures conditions. La délivrance a été normale : pas d'hémorragie abondante, pas de fièvre à aucun moment.

La malade avait éprouvé une double secousse morale à la fin de sa grossesse. Le dernier mois, elle avait appris la mort tragique d'un proche qui lui était cher, et elle avait été péniblement impressionnée enfin par la présentation du siège à laquelle elle n'était pas habituée. Cependant les suites de couches étaient excellentes et elle était sur le point de reprendre ses occupations, lorsque le quinzième jour elle est prise de délire *hallucinatoire aigu*. (La quinzaine avait été marquée déjà par de l'*insomnie*, mais pas de *fièvre*.)

Brusquement, elle croit voir Dieu et les anges, s'échappe de la chambre en criant qu'elle court au ciel, etc.

Le calme venait au bout d'une heure, puis nouvelles crises du même genre qui font place à un état d'agitation extrême avec loquacité, verbiage incohérent et impulsif, probablement conditionnés par des phénomènes hallucinatoires.

M^{me} N..., entre à Ville-Évrard trois jours après le début des accidents.

A l'entrée, allures caractéristiques de l'agitation catatonique : attitude bizarre ; gestes stéréotypés ; marche à quatre pattes ; jargonphasie ; maniérisme. Puis petit à petit l'agitation s'apaise, les phénomènes délirants s'atténuent, mais la malade s'affaiblit intellectuellement et reste de plus en plus indifférente à tout ce qui l'entoure. Les règles reparues, disparaissent pendant le laps de temps marqué par la déchéance progressive des facultés (quinze mois environ), puis reparaissent quand la malade s'immobilise dans un état définitif de démence.

État actuel. — A. Vie intellectuelle. — Plus aucun délire actif ni aucune hallucination ; désorientation dans le temps et l'espace ; troubles profonds de l'attention ; diminution sans abolition complète de la mémoire d'évocation (absence de la mémoire de fixation par défaut d'attention) ; troubles profonds de l'association des idées, incapacité complète de la synthèse mentale.

B. Vie affective. — Abolition remarquable des sentiments affectifs : le sort de ses proches lui est totalement indifférent.

C. Vie réactionnelle. — Purement automatique, avec quelques phases d'agitation empreintes du même caractère d'automatisme. — Stéorotypie de la marche, de la station assise du décubitus. Stéréotypie remarquable de la parole (la même phrase revient continuellement). Opposition dans les actes, tendance à l'écholalie et écho-praxie. — Gâtisme.

D. Examen somatique. — Réflexes patellaires et du poignet légèrement exagérés. Pupilles égales et régulières ; réflexes lumineux et accommodateur plutôt affaiblis. Bon état général.

Comme on le voit par cette dernière observation, un délire d'origine puerpérale peut aboutir rapidement à une déchéance progressive des facultés intellectuelles. L'influence de la puerpéralité sur le développement de la démence précoce a été cependant envisagée de façon différente par les auteurs. Pour M. Christian (1), l'influence du sexe n'est pas démontrée et cet auteur considère la démence précoce comme moins fréquente dans le sexe féminin. Ce n'est pas là l'opinion commune : la tendance générale est, au contraire,

(1) Christian, De la démence précoce des jeunes gens, *Annales médico-psychologiques*, janvier à octobre 1899.

d'attribuer à la puerpéralité une part importante dans l'étiologie de la démence précoce. Pour Kræpelin et Sérieux (1), l'état puerpéral serait une cause provocatrice importante, surtout pour la catatonie. Dans 24 p. 100 des cas de Kræpelin, la maladie a débuté pendant la grossesse ou plus souvent après un accouchement ; une de ces malades a présenté quatre accès de *catatonie*, chaque fois après un accouchement ; après le dernier survint la démence. L'hébéphrénie serait moins souvent en rapport avec les fonctions de reproduction : 9 p. 100 des cas seulement. Dans tous ces cas, la puerpéralité joue sans doute vis-à-vis de la démence précoce un rôle analogue aux intoxications et aux maladies infectieuses qui paraissent avoir une influence importante sur l'éclosion de la maladie.

Nous devons enfin nous occuper d'un dernier mode de terminaison : la paralysie générale. Il ne saurait être question ici des cas où la paralysie générale a été constatée pendant la grossesse ou aussitôt après l'accouchement. Ces cas, nous l'avons déjà dit, n'ont aucun rapport avec la folie puerpérale. Nous avons à examiner à l'heure actuelle si les lésions de la paralysie générale peuvent se développer sous l'influence de l'état puerpéral et si la démence paralytique peut succéder à la folie puerpérale. M. Régis (2) est tout disposé à admettre ce mode de terminaison. Après avoir parlé de la confusion mentale hallucinatoire aiguë et de la confusion subaiguë avec délire onirique, cet auteur ajoute : « Il faudrait admettre une troisième forme de folie infectieuse intermédiaire aux deux précédentes, et caractérisée par les symptômes mentaux de la démence paralytique (pseudo-paralysie générale ou paralysie générale d'origine infectieuse). A ce propos, on peut se demander si la plupart des paralysies générales connues aujourd'hui ne sont pas, en dehors des conditions de prédisposition, la conséquence plus ou moins éloignée d'une maladie infectieuse ». Le Dr Idanof (3),

(1) Sérieux, La démence précoce, *Revue de psychiatrie*, 1902.

(2) Régis et Chevalier-Lavaure, Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Congrès de la Rochelle, 1893.

(3) T.-D. Idanof, De la paralysie générale chez la femme. Étiologie et Clinique (Mémoire paru in *Annales médico-psychologiques*, 1894).

au contraire, dans un mémoire sur la paralysie générale chez la femme, ne paraît pas attribuer d'influence à l'état puerpéral sur la production de la paralysie générale. Cet auteur a relevé dans la littérature psychiatrique un total de 23 cas de paralysie générale constatée pendant la grossesse, la période post-puerpérale ou la lactation (1) :

1° 2 cas de Weber, sur 68 cas de folie puerpérale ;

2° 6 cas de Schmidt ;

3° 6 cas de Jung ;

4° 3 cas de Hoche sur 244 cas de folie puerpérale ;

5° 4 cas de H. Savage.

Pour Idanof, ces cas s'expliquent très probablement par l'une ou l'autre des deux éventualités suivantes : soit par la simple coïncidence du début de la grossesse et de la période initiale de la paralysie générale, soit en supposant que la conception ait eu lieu pendant les rémissions qui s'observent assez souvent au cours de la paralysie générale chez la femme. L'auteur cite à l'appui de son opinion un cas analogue décrit par Savage.

A ce sujet, une distinction est à faire, basée sur la façon dont on envisage la paralysie générale. Si l'on admet, avec M. Klippel, que la paralysie générale commence et finit là où commence et finit le syndrome paralytique, il n'est pas douteux que l'infection, cause de la folie puerpérale, puisse amener également ce syndrome, autrement dit une forme de pseudo-paralysie générale. Aussi voyons-nous certains auteurs (2) signaler les idées de grandeur et l'inégalité pupillaire comme des symptômes fréquents de folie puerpérale. Par contre, on discute encore si l'infection peut déterminer la paralysie générale vraie, bien définie par sa lésion anatomique, sa marche progressive et sa terminaison mortelle. Certains auteurs estiment que l'on peut admettre une relation de cause à effet ; d'autres se bornent à constater la coïncidence sans conclure ; pour quelques-uns, la maladie

(1) La même année, Christiani a publié une nouvelle observation de démence paralytique d'origine puerpérale : *Christiani, Riforma medica*, vol. III, n° 65, 1894.

(2) Garcia Rijo, *loc. cit.*, p. 29.

infectieuse se borne à faire apparaître une paralysie générale latente ; pour d'autres enfin (Klippel) la paralysie générale vient se greffer sur un cerveau plus ou moins débilité par les substances toxiques ou par les maladies infectieuses.

On voit par là combien il est difficile de formuler à ce sujet une conclusion ferme. Quand l'avenir aura déterminé quel rôle appartient à l'infection dans la pathogénie de la paralysie générale, les rapports de la démence paralytique et de la folie puerpérale pourront être précisés. Pour le moment, il est sage, croyons-nous, de s'en tenir à la conclusion d'Idanof.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les notions actuelles sur l'anatomie pathologique de la folie puerpérale sont absolument rudimentaires, en ce qui concerne les lésions des centres nerveux. Comme pour les autres variétés de manie ou de mélancolie, la raison anatomique du dérangement cérébral nous échappe encore. On a trouvé cependant, dans les cas de confusion mentale, différentes altérations des cellules pyramidales et des cellules de Betz. Ces altérations : gonflement de la cellule, chromatolyse, déplacement du noyau vers la périphérie, feraient croire à l'existence d'une encéphalite parenchymateuse, d'une neuro-cérébrite toxique. Toutefois, il est encore difficile de dire quelle est l'importance de ces lésions. On a d'ailleurs rarement l'occasion de les vérifier pour la folie puerpérale, étant donnée la bénignité de l'affection.

Seules, les lésions infectieuses du côté de l'appareil génital nous sont bien connues ; nous n'avons pas à revenir ici sur leur description.

TRAITEMENT

Le traitement doit viser exclusivement la cause occasionnelle, car nous ne pouvons rien contre le deuxième élément : la dégénérescence mentale. Lorsqu'on a reconnu l'origine infectieuse d'un délire de la puerpéralité, il convient d'instituer un traitement contre l'infection locale. La nature du traitement varie avec la nature de la lésion infectieuse. Ce traitement est le plus souvent du domaine de la chirurgie.

Rohe, dans ses 4 cas, a pratiqué la laparotomie avec extirpation des annexes. Nous avons déjà indiqué ses résultats.

Hobbs, dans 14 cas, a fait la dilatation et le curettage des endométrites et des utérus en subinvolution : toutes les malades se sont trouvées mieux au point de vue physique et 8 ont guéri de leurs troubles intellectuels (57 p. 100), une autre fut améliorée. Chez 27 femmes, le col et le corps, aussi bien que la muqueuse, étaient malades. Outre le curettage, on a soigné ou amputé le col malade : chez toutes il y a eu une amélioration physique ; en outre, 11 sont redevenues normales au point de vue mental (42 p. 100) ; chez 8 seulement, il n'y a eu aucune amélioration de la folie. Douze fois on a fait l'hystérectomie : 2 malades guérissent complètement de leurs troubles intellectuels ; 3 furent améliorées ; 5 n'ont éprouvé aucune amélioration et, enfin, 2 sont mortes. Chez 10 malades qui avaient des lésions des ovaires et des trompes, on fit l'ablation de ces organes. Une de ces malades, fort âgée, mourut de pneumonie au douzième jour. Les 9 autres guérissent bien : 6 d'entre elles ont recouvré la raison ; une seulement n'a éprouvé aucune amélioration à ce point de vue.

Pour nos cas, M. Picqué a pratiqué le curettage avec ou sans excision du col.

Ainsi, comme nous l'avons déjà établi, le traitement de la lésion infectieuse a le plus souvent une heureuse influence sur l'évolution du délire. L'échec de ce traitement, dans d'autres cas, ne doit pas nous le faire abandonner. De toutes façons, le traitement reste indiqué, car, suivant le précepte d'Esquirol, il convient de débarrasser les aliénés de leurs lésions physiques.

Les malades de cette catégorie, cependant, sont avant tout des délirantes, leur place est à l'asile et c'est là qu'il convient de les traiter. L'organisation chirurgicale des asiles de la Seine permet de répondre à cette double indication. M. Picqué, nous l'avons vu, rapproche les délires de la septicémie puerpérale des psychoses infectieuses d'origine chirurgicale et considère les uns et les autres comme des délires d'hôpital; de même il rapproche les cas de folie puerpérale proprement dite des vraies psychoses post-opératoires. Qu'ils soient consécutifs à une opération ou à un accouchement, les délires de cette dernière catégorie constituent, au contraire, des délires d'asile. L'isolement de ces malades est rendu nécessaire, soit à cause de la nature mélancolique de leur délire, pour prévenir une tentative de suicide, soit à cause de leur état d'agitation et des dangers qui en résultent pour les malades elles-mêmes et pour leur entourage. A l'asile seulement se trouve un personnel suffisant pour veiller sur ces malades. L'asile constitue en outre, pour ces dernières, un lieu de traitement. Il importe, en effet, au point de vue de la guérison, de soustraire ces malades au milieu où se sont développées leurs idées délirantes. Le traitement psychique vient ainsi s'ajouter au traitement physique.

Nota. — Des index bibliographiques très complets, concernant la folie puerpérale, ont été publiés dans la thèse de Lallier et dans celle de Castin. Vu le petit nombre des publications plus récentes, nous nous dispenserons de reproduire la liste un peu longue des travaux parus sur la folie puerpérale.

CONCLUSIONS

1° Le terme de folie puerpérale ne doit pas être une sorte de *caput mortuum* dans lequel on englobe tous les délires survenus à l'occasion de la puerpéralité.

On doit au contraire exclure de ce cadre tous les cas où le délire relève d'une cause étrangère à la grossesse ou à l'accouchement. Nous éliminons ainsi les cas de paralysie générale constatés au cours de la grossesse ou peu après l'accouchement, les cas où le délire reconnaît pour cause une maladie infectieuse intercurrente.

2° Une démarcation très nette doit être établie entre les délires de la grossesse et les délires *post-partum*. Par le fait de l'accouchement, il se produit des modifications organiques trop importantes pour pouvoir placer sur le même plan ou même assimiler ces deux variétés de malades. Cette différence est d'ailleurs accusée par une disproportion énorme entre le nombre des délires de la grossesse et celui des délires *post-partum*.

Par contre, le groupe des délires de la lactation ne nous paraît pas avoir une existence autonome. La plupart du temps ces délires ont la même origine que les délires des suites de couches, et la lactation a été une simple coïncidence. Bon nombre d'autres ressortent de causes étrangères à la puerpéralité.

3° Dans le vaste groupe des délires *post-partum*, on peut distinguer deux catégories de faits :

A. Les délires symptomatiques d'une infection ou d'une intoxication aiguës : septicémie ou éclampsie.

B. La deuxième catégorie comprend les malades chez lesquelles le délire constitue *en apparence* toute la maladie.

α. Pour quelques-unes de ces malades, la puerpéralité semble avoir été une occasion banale de délirer. La cause réelle du délire est parfois nettement indiquée par les excès alcooliques du sujet; ailleurs, le trouble mental est la manifestation directe d'une névrose ou de la dégénérescence mentale.

β. Dans la majorité des cas, le délire relève d'un trouble pathologique qui est lui-même la conséquence de l'état puerpéral. Tantôt il s'agit d'un délire par auto-intoxication, sous la dépendance de lésions du foie ou du rein développées pendant la grossesse ou aggravées par cette dernière. Beaucoup plus souvent, le délire accompagne des lésions infectieuses de l'appareil génital à marche subaiguë ou chronique.

4° Parmi les causes des délires *post-partum*, l'infection occupe donc la place la plus importante. Avec notre maître, M. Picqué, nous distinguons deux variétés de délires infectieux. Ces deux variétés présentent entre elles des différences essentielles.

a. C'est, d'une part, le délire de la septicémie puerpérale. Dans ce cas, il ne s'agit pas, à proprement parler, de folie puerpérale. Les malades de cette catégorie sont avant tout des infectées et chez elles le délire est un élément accessoire. Partant, ces malades, comme les éclamptiques, doivent être maintenues à l'hôpital, qui, seul, possède les moyens thérapeutiques nécessaires.

b. Le second groupe, le plus important, est représenté par les délires qui accompagnent une infection subaiguë ou chronique de l'appareil génital. A ces derniers doit être réservé le nom de folie puerpérale infectieuse et, seules, les malades de cette catégorie doivent venir à l'Asile. Le nombre de ces cas est beaucoup plus considérable qu'on ne le pense généralement. Si le rôle de l'infection a été souvent méconnu, c'est parce que les lésions causales sont généralement apyrétiques et que le délire éclate à une époque déjà éloignée

de l'accouchement. C'est pour avoir négligé la plupart du temps de pratiquer un examen local qu'on a été amené à mettre uniquement sur le compte de la dégénérescence mentale, l'apparition des troubles délirants.

Il convient par conséquent :

α. D'examiner systématiquement, au point de vue génital, toutes les femmes atteintes de délire à la suite d'un accouchement.

β. De les opérer de leurs lésions. La création d'un pavillon de chirurgie pour les Asiles de la Seine répond parfaitement à cette indication.

γ. De suivre ces malades pour noter l'influence du traitement sur l'évolution du délire. Cette influence nous a paru être le plus souvent favorable. Toutefois l'inefficacité du traitement dans un certain nombre de cas peut s'expliquer facilement et ne préjuge rien contre la nature infectieuse de la maladie.

De toutes façons, l'intervention reste indiquée, car suivant le précepte d'Esquirol, il convient de débarrasser les aliénés de leurs infirmités physiques.

5° Pour les délires infectieux aigus, comme pour les délires infectieux chroniques, nous admettons sans réserve le rôle de la dégénérescence mentale à titre de cause prédisposante nécessaire. Comme prédisposées, nous considérons non seulement les malades ayant des tares héréditaires, mais encore les femmes chez lesquelles on relève des excès alcooliques, une ancienne maladie infectieuse grave, telle que la fièvre typhoïde, ou encore les stigmates d'une névrose.

Nous admettons également que le rôle de l'hérédité est d'autant plus important que la cause occasionnelle infectieuse a été moindre. Il est même des cas, pensons-nous, où une infection légère n'intervient que pour mettre en action la dégénérescence mentale. Il n'en est pas moins vrai que cette cause occasionnelle a été indispensable pour déterminer l'éclosion du délire. Le terme de dégénérescence mentale ne saurait par conséquent devenir une formule

équivalente de folie puerpérale. Inexacte au point de vue de la pathogénie et de la clinique, cette formule ne saurait conduire qu'à une thérapeutique de renoncement. Or, quand bien même dans certains cas, la prédisposition morbide passe au premier rang, la poursuite de la cause occasionnelle n'est point une tentative vaine, car si nous ne pouvons rien contre le fond de dégénérescence mentale, nous sommes bien mieux armés pour combattre une infection.

VU ET APPROUVÉ :

Le président de la thèse,
A. JOFFROY.

VU :

Le doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION.....	5

PREMIÈRE PARTIE

Septicémie puerpérale à forme délirante.

CHAPITRE	I. — Considérations générales.....	17
—	II. — Étiologie et pathogénie.....	20
—	III. — Symptômes	37
—	IV. — Diagnostic.....	47
—	V. — Pronostic.....	65
—	VI. — Anatomie pathologique	79
—	VII. — Traitement	88
—	VIII. — Conclusions.....	90

DEUXIÈME PARTIE

Folie puerpérale proprement dite.

CHAPITRE	I. — Étiologie et pathogénie.....	93
—	II. — Formes cliniques.....	149
—	III. — Diagnostic	154
—	IV. — Pronostic.....	156
—	V. — Anatomie pathologique.....	165
—	VI. — Traitement	166
CONCLUSIONS.....		168